
E. H. B.


Digitized by Google

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

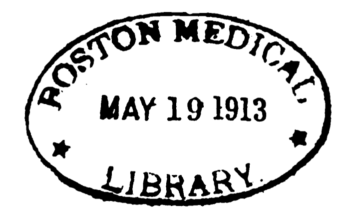
Redigirt von

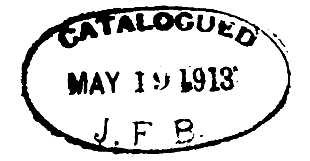
Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Erster Jahrgang 1899/1900.



Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.


BOSTON MEDICAL
MAY 19 1913
LIBRARY


CATALOGUED
MAY 19 1913
J. F. B.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 1. 1. Mai **1899.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal ℳ 4,—.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog No. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Zur Einführung.



Die **Psychiatrische Wochenschrift** hat sich eine zweifache Aufgabe gestellt. Erstens will sie den Sammelplatz bilden zur kurzen Besprechung aller die öffentliche wie private Irrenfürsorge, die wissenschaftliche und praktische Irrenheilkunde angehenden Fragen. Durch wöchentlich 1 bis 2 knappe Originalartikel aus der Feder berufenster Autoren des In- und Auslandes, durch reichliche Originalmittheilungen aus allen einschlägigen Gebieten, durch schnelle Besprechung der betreffenden literarischen Erscheinungen wird sie den Leser über nachstehende Kapitel prompt und sachlich unterweisen: **Anstaltsbauwesen, Anstaltshygiene, Einrichtung und Verwaltung der Anstalten. Behandlung, Beschäftigung und Verpflegung der Geisteskranken, Epileptiker, Idioten und Schwachsinnigen in- und ausserhalb der Anstalten; Fürsorge für geisteskranke Verbrecher und verbrecherische Geisteskranke; Fürsorge für die Entlassenen. Irrenseelsorge. Civil- und strafrechtliche Verhältnisse der Irren; wichtige Entscheidungen. Irrengesetzgebung, Irrenstatistik. Biographien hervorragender Irrenärzte, Geschichte der Irrenpflege und der Anstalten. Allgemeine und besondere Aetiologie, Symptomatologie und Therapie der Geisteskrankheiten. Standesfragen, Wärterfrage, Literaturbesprechungen.** — Als Gratisbeilage bringt der erste Jahrgang Beschreibung nebst Plänen der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe.

Zweitens will die **Psychiatrische Wochenschrift** einen zeitgemässen Nachrichtenverkehr einrichten. Einschlägige Tagesereignisse, technische Neuheiten, Verfügungen von Behörden, Vereins- und Sitzungsberichte, Personalien und Vacanzen sollen, während sie noch neu sind und lebensfrisches Interesse haben, zur Kenntniss und Besprechung gelangen. Gegenüber Angriffen auf Anstalten wird unverzüglich Stellung genommen, Rede und Antwort gestanden, aber auch gebührende Abfertigung ertheilt.

Durch ihr wöchentliches Erscheinen vermag die „Psychiatrische Wochenschrift" allen diesen Anforderungen gerecht zu werden. Durch die Vielseitigkeit ihres Inhaltes, die Knappheit der Darstellung ermöglicht sie es, auch dem beschäftigsten Anstaltsarzt und Verwaltungsbeamten, sowie den anderen beamteten Aerzten alles Wissenswerthe aus der psychiatrischen Welt rechtzeitig zu

erfahren, zumal sie eine stattliche Anzahl der hervorragendsten Fachmänner des In- und Auslandes aus allen einschlägigen Gebieten zu ihren Mitarbeitern zählt. Wir nennen nur die Herren:

Prof. Dr. v. Bechterew-St. Petersburg.
Prof. Dr. Belmondo-Padua.
Ord. Dr. Berze-Kierling-Gugging.
Prof. Dr. Bleuler-Zürich.
San.-Rath Dr. Berkhan-Braunschweig.
Walter Berger (für nordische Literatur.)
Prof. Dr. Bianchi-Neapel.
Oberarzt Dr. Bruns-Hannover.
Dr. Buschan, Nervenarzt, Stettin.
Prof. Dr. Cirigotti-Athen.
Prof. Dr. Cramer-Göttingen.
Prof. Dr. Crocq-Brüssel.
Oberarzt Dr. Dannemann-Giessen.
Oberarzt Dr. Dees-Gabersee (Oberbayern).
Direktor Dr. Delbrück-Bremen.
San.-Rath. Dir. Dr. Dittmar-Saargemünd.
Com. Landesbaurath Eichhorn-Merseburg.
Dr. van Erp Taalman Kip, Nervenarzt, Utrecht.
Dr. Ch. Féré, Arzt am Bicêtre, *Paris.*
Med.-Rath Direktor Dr. Fischer-Pforzheim.
Dr. Fischer, Besitzer der Privat-Anstalt *in Neckargemünd.*
Primararzt Dr. Fischer-Pressburg.
Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Flechsig-Leipzig.
Hofrath Prof. Dr. Fürstner-Strassburg.
Dr. Ganter-Münster i. W.
Direktor Dr. Gerlach-Königslutter.
Privatdocent Dr. Hallervorden-Königsberg.
Dr. Herfort-Dobran.
Prof. Dr. Hjertström-Stockholm.
Oberarzt Dr. Hoppe-Allenberg.
Prof. Dr. Hughes-St. Louis (Nordamerika).
Oberarzt Dr. Ilberg-Sonnenstein.
Privatdocent Dr. Jacobson-Kopenhagen.
Architekt Jenner-Lüneburg.
Professor Dr. Joffroy-Paris.
Direktor Dr. Kaufmann-Werneck.
Privatdocent Dir. Dr. Kirchhoff-Neustadt (Holstein).
San.-Rath Dir. Dr. Knecht-Ueckermünde.
Reg.-Baumeister Knoch-Halle a. S.
Oberarzt Dr. Köberlin-Erlangen.
Direktor Dr. Kölle-Pfullingen.
Oberarzt Dr. König-Dalldorf.
San.-Rath Kreisphysikus Dr. Kornfeld-Grottkau.
Dr. Kornfeld-Sternberg (Mähren).
Direktor Dr. Krayatsch-Kierling-Gugging.
Direktor Dr. Kreuser-Schussenried.
Prof. Dr. Lauffenauer-Budapest.
Dr. Löwenfeld, Nervenarzt, München.
Med.-Rath Dir. Dr. Lehmann-Untergöltzsch.
Prof. Dr. jur. von Liszt-Berlin.
Dr. Marandon de Montyel, Chefarzt, Neuilly s. Marne.
Dr. Macdonald, Chefarzt, New York.
Dr. Mendelsohn-St. Petersburg.
Direktor Dr. Mickle-London.
Prof. Dr. Mingazzini-Rom.
Dr. P. J. Möbius, Nervenarzt, Leipzig.
Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Moeli-Herzberge b. Berlin.
Direktor Dr. Morel-Mons (Belgien).
Oberarzt Dr. Näcke-Hubertusburg.
Oberarzt Dr. Neisser-Leubus (Schlesien).
Landesrath Noack-Breslau.
Prof. Dr. Conolly Norman-Dublin.
Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Pelman-Bonn.
Prof. Dr. Penta-Neapel.
San.-Rath Dir. Dr. Peretti-Grafenberg.
Prof. Dr. Pick-Prag.
Direktor Dr. Ritti-St. Maurice (Seine).
Privatdocent Dr. Rosenbach-St. Petersburg.
Privatdocent Dr. Salgó-Budapest.
Prof. Dr. Santé de Santis-Rom.
Dr. von Scarpatetti-Feldhof.
San.-Rath Dir. Dr. Schäfer-Lengerich.
Direktor Dr. Schlöss-Ybbs a. d. Donau.
Dr. Schneider-Osnabrück.
Dir. Dr. Semelaigne-Neuilly-sur-Seine.
Dr. John Sibbald, Inspektor of Lunacy, *Edinburg.*
Geh. Med.-Rath Dr. Siemens-Lauenburg i. P.
Direktor Dr. Sioli-Frankfurt a. M.
Oberarzt Dr. Snell-Hildesheim.
Prof. Dr. Sommer-Giessen.
Primararzt Dr. Starlinger-Wien.
Chefarzt Dr. Taty-Lyon.
Prof. Dr. Thomsen-Bonn.
Direktor Dr. Tiling, Rothenberg b. Riga.
Chefarzt Dr. Urquhart-Perth.
Landesrath Vorster-Düsseldorf.
Direktor Dr. Wattenberg-Lübeck.
Dr. L. W. Weber-Uchtspringe.
Landgerichtsrath Weingart-Dresden.
Direktor Dr. Werner-Owinsk (Posen).
San.-Rath Dr. Wildermuth-Stuttgart.
San.-Rath Dr. Würzburg-Berlin, Bibliothekar i. Kais. Gesundheitsamt.
Dr. Ziertmann-Leubus (Schlesien).

Die Psychiatrische Wochenschrift

erscheint jeden Sonnabend im Format dieser Ankündigung im Umfange von 1—1 1/2 Bogen zum Preise von 4 Mark pro Quartal. Bestellungen nehmen alle Buchhandlungen, die Postämter (unter Zeitungs-Katalog No. 6191a) sowie die unterzeichnete Verlagsbuchhandlung entgegen.

Redaktion und Verlag der Psychiatrischen Wochenschrift.

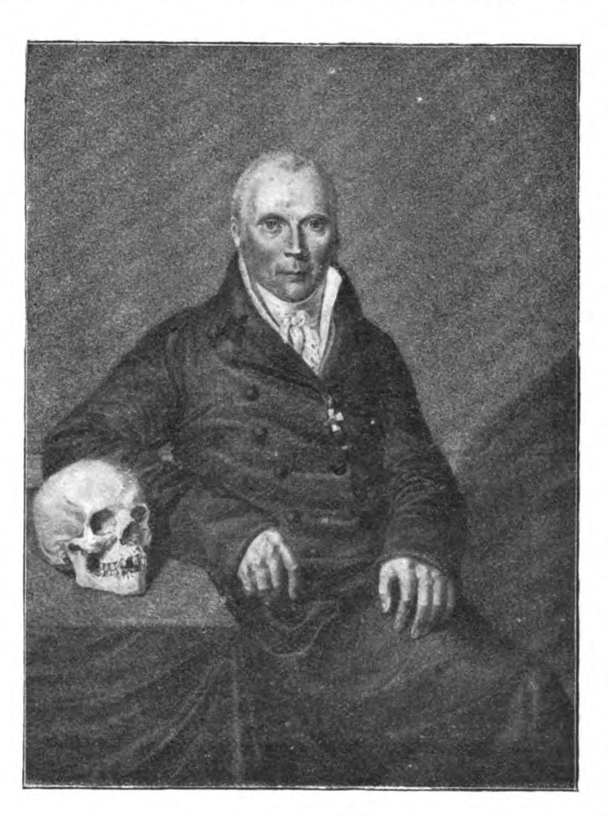
Oberarzt Dr. J. Bresler. Carl Marhold in Halle a. S.



Johann Christian Reil.*)



Wenn wir die „Psychiatrische Wochenschrift“ mit einem kurz skizzierten Lebensbild Reils inaugurieren, so geschieht dies nicht in der Absicht, denselben als Vorkämpfer moderner Anschauungen in der Psychiatrie, als den Vater der modernen Irrenpflege den Fachkollegen zu schildern. Wer kennt nicht die berühmte Schrift des deutschen Pinel: „Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethoden auf Geisteszerrüttungen“ (1803), in denen in geradezu ergreifender Weise die schrecklichen Zustände in den Irrenanstalten jener Zeit geschildert und vortreffliche Vorschläge zu einer rationellen und humanen Behandlung der Geisteskranken gemacht werden, oder seine „Beiträge zur Organisation der Versorgungsanstalten u. s. w.“ (1811), in denen wir Ansichten vertreten finden, die zum Teil noch heute massgebend sind und es immer bleiben werden. Reils Verdienste um die Anbahnung einer neuen Epoche des Irrenwesens werden stets erwähnt werden und unvergesslich bleiben, wo und wann immer die Geschichte der Psychiatrie gelehrt wird.



J. C. Reil

So interessant es nun erscheint, dem Lebensgang eines Mannes, der mit so gewaltiger Hand in die Speichen des Zeitrades hat greifen helfen, genauer nachzuforschen, so haben sich doch die Autoren meist darauf beschränkt, den Irrenarzt Reil unter seinen Zeitgenossen an der ihm gebührenden Stelle aufzuführen, während bezüglich seiner Persönlichkeit sie sich mit den dürftigsten lexikographischen Angaben zu begnügen pflegten. Soviel ich weiss, existiert nur eine Biographie über Reil, die sich etwas eingehender mit seinen Lebensverhältnissen, seinem Charakter und seiner wissenschaftlichen Richtung befasst; sie stammt aus der Feder seines Freundes Heinrich Steffens, des Hallenser Naturforschers, Philosophsen und Dichters, der auf Reils Veranlassung von der Regierung nach Halle als Professor berufen wurde. In der nachstehenden Skizze folgen wir der Darstellung Steffens; in dieser und jener Hinsicht wäre eine Ergänzung derselben wünschenswert gewesen, doch waren auch die Nachkommen Reils (Justizrat Krukenberg in Halle als Enkel und Professor Krukenberg in Bonn als Urenkel) nicht in der Lage, zur Füllung dieser Lücken etwas beizutragen.

Johann Christian Reil erblickte das Licht der Welt im Pastorhause zu Rhaude in Ostfriesland am 28. Februar 1759; er war das erste Kind und zugleich der einzige Sohn seiner Eltern; nach ihm wurden noch fünf Schwestern geboren. Der Vater wurde, nachdem er schon vorher zweimal einem Rufe in andere Gemeinden gefolgt war, 1769 nach der Stadt Norden versetzt, wo er im Jahre 1780 starb. Seine Erziehung genoss der junge Reil im Schosse der frommen Pastorfamilie, seine Vorbildung für den späteren Studiengang auf der Schule des ruhigen Städtchens Norden; fernab von der gährenden und verwirrenden Bewegung des geistigen Lebens jener Zeit entwickelten sich in der Stille der in sich abgeschlossenen Heimat seine vorzüglichen Anlagen zu einem festen Charakter und zu hervorragenden geistigen Fähigkeiten, zu sittlichen und geistigen

*) Reils Bildnis ist auf Karton (im Format der Zeitschrift) hergestellt und wird allen Abonnenten mit Nr. 2 gratis nachgeliefert. Die Verlagshandlung.

Waffen, mit denen ausgerüstet ihn die Eltern getrost in die Welt hinausziehen lassen konnten. Schon frühzeitig fühlte er in sich die Neigung, Arzt zu werden, und so klar und ideal schwebte ihm sein zukünftiger Beruf vor, dass die Eltern auf ihren Wunsch, den Sohn Theologie studieren zu lassen, gern verzichteten. Zum Thema seiner Abschiedsrede, die er beim Verlassen der Schule öffentlich zu halten hatte, wählte er denn auch „das Lob der Medizin“, und zwar kleidete er seine Rede in ein vornehmes dichterisches Gewand, womit er den Beifall und die Bewunderung seiner Umgebung erntete, welcher die Talente des Jünglings schon längst nicht mehr verborgen waren. Er bezog — etwa 19 Jahre alt — zunächst die Universität Göttingen und wandte sich nach kurzem Aufenthalte von da nach Halle; über seinen Aufenthalt in Göttingen ist nichts Besonderes bekannt geworden; in Halle lag er jedenfalls mit grossem Eifer und Erfolg seinen medizinischen Studien ob. Im Jahre 1782 promovierte er als Doktor der Medizin und Chirurgie mit der Dissertation „de Polycholia“. Nachdem er hierauf einige Jahre in Ostfriesland praktiziert hatte, wurde er 1787 als Professor extraordinarius für innere Medizin nach Halle berufen. Schon 1788 trat er als Ordinarius in die Stelle seines verstorbenen Freundes und Lehrers Goldhagen und folgte diesem auch in der Leitung des klinischen Instituts in Halle. Dem Fleisse und der Pflichttreue, mit welchen Reil in dieser Stellung an der Ausbildung der Ärzte arbeitete, verdankte es die Universität Halle, dass die Zahl der Medizin Studierenden in kurzem um 25% stieg. Wie weit Reils Geist die Richtung, in der sich die klinische Medizin zu entwickeln hatte, vorausschaute, geht daraus hervor, dass er beabsichtigte, im klinischen Institut einen Chemiker von Fach anstellen zu lassen, der die Sekrete und Exkrete des kranken Organismus zu untersuchen haben sollte — er wollte also die physiologische Chemie in die praktische Medizin einführen —, und er hatte sich dieserhalb bereits mit Gehlen, einem der ersten Chemiker der damaligen Zeit, in Verbindung gesetzt, als die Kriegsunruhen, wie überhaupt auf das Gedeihen der Universität Halle, so auch auf das Schaffen des einzelnen ihren vernichtenden Einfluss ausübten. Mit diesem Plane wurde noch manche andere Hoffnung Reils, durch deren Verwirklichung die medizinische Fakultät zu Halle einen grossartigen Aufschwung genommen hätte, durch die Auflösung der Universität zerstört; uns interessiert hier besonders, dass er schon damals die Regierung für die Errichtung eines klinischen Instituts für Geisteskranke zu gewinnen versuchte. Es war dies offenbar sein Lieblingsgedanke, denn als er im Jahre 1810 nach Berlin berufen war, nahm er ihn wieder auf und glaubte dort damit durchzudringen; doch schien auch hier gegenüber der traurigen Lage der Staatsfinanzen die Ausführung zu kostspielig. — (In einem Schreiben an den Minister Beyme schlug er vor, das Schloss Monbijou zu einer Irrenanstalt zu verwenden. Laehrs „Gedenktage der Psychiatrie“.)

Es kam das Jahr 1813. — Es war gewiss der beste Beweis des grossen Vertrauens und Ansehens, dessen sich Reil erfreute, dass der König von Preussen ihm nach der Schlacht bei Leipzig die Hauptleitung der Lazarette in Leipzig und Halle übertrug, die mit 20—30 000 Verwundeten und Kranken aller Nationen angefüllt waren. Die Sorge um das Leben so vieler Tausende liess bei dem pflichttreuen Manne nicht die geringste Rücksicht gegen die eigene Gesundheit aufkommen; er rieb sich in seinem neuen Amte, in dem er sich, trotz der Mahnung seiner Freunde, keinen Augenblick der Erholung gönnte, völlig auf und unterlag dem Leiden, das den erschöpften Körper befallen (dem Typhus) in Halle am 22. November 1813.

Seiner Ehe — er war mit der Tochter eines angesehenen hallischen Bürgers, namens Levaux, verheirathet — entsprossen zwei Söhne und drei Töchter.

Steffens schildert Reil als einen Mann von grossem, schönem Ebenmass, von starkem und dennoch zartem Knochenbau, von edler imponierender Haltung. Die Stirn war gross und schön gewölbt, die Augen lebhaft und voller Tiefe, die Nase und die Lippen fein; in allen seinen Zügen lag ein stiller Ernst und eine bestimmte Zurückhaltung, die aber im richtigen Moment durch eine liebenswürdige Gemütlichkeit durchbrochen wurde. Es war eine starke, gesunde, in sich geschlossene Natur. Steffens schreibt: „Ich habe wenige Gestalten gekannt, die beim ersten Anblick so zurückstossend und anziehend, so erregend und beruhigend zugleich wirkten. Daher seine grosse, persönliche Gewalt, der stille, aber unvermeidliche Beherrscher seiner Umgebung. Wen er gewinnen wollte, gewann er gewiss, ebenso bestimmt trennte er sich von ihm fremden Naturen. Man musste ihn hassen oder lieben, mit ihm verbündet sein oder gegen ihn kämpfen. Alle Neutralität verschwand, wenn man mit ihm in ein bedeutendes



Verhältnis trat. Bestimmt, fest entschieden wie er war, zwang er einen jeden sich zu entscheiden. Gleichgiltig blieb keiner." Reil war auch eine durchaus praktische Natur, die die schwierigsten Verhältnisse überblickte, dabei alle halben Massregeln hasste und diejenigen, welche sich mit gutem Grunde seinen Ansichten und Plänen entgegenstellten, vielleicht manchmal zu schroff und abstossend behandelte und zu einseitig beurteilte, ja verkannte. — Rastlose Thätigkeit, ein konsequenter Schaffensdrang waren die Hauptzüge seines Charakters. Neben einer ausgedehnten ärztlichen Praxis und seinen Vorlesungen widmete er sich in hohem Masse wissenschaftlichen Arbeiten und war unaufhörlich bemüht, seine Pläne, mit denen er seiner Zeit vorauseilte, im Interesse des Staates zu verwirklichen. Wie sehr sein Streben auf die Hebung des Gemeinwohls gerichtet war, erhellt daraus, dass er, als die Regierung infolge der schlechten finanziellen Verhältnisse nicht in der Lage war, seine Vorschläge zu berücksichtigen, — in der durch den Krieg verarmten Stadt Halle, teilweise unter Verwendung seines eigenen Vermögens, mit bestem Erfolge die Errichtung eines grossartigen Soolbad-Etablissements durchsetzte; auch die Erbauung eines Theaters verdankte die Stadt seiner Anregung und seinem thatkräftigen Eintreten für die Sache. Reil hatte eine ausgesprochene Bau- und Gründungslust und dabei schien ihn gerade das Schwierige zu reizen; denn als er sich einen Garten anlegen und ein Gartenhaus errichten wollte, wählte er sich dazu einen fast kahlen, ziemlich hohen Berg, den er mühsam anpflanzte; derselbe — bei Giebichenstein gelegen — heisst heute noch nach ihm „Reilsberg" und das darauf befindliche, allerdings inzwischen neu erbaute Haus die „Reilsburg".

Reil war von Anfang an ein eifriger Anhänger der Naturphilosopie. Von den beiden damals sich bekämpfenden Ansichten — der einen, welche in der organischen Welt die Gesetze der anorganischen Chemie durch die sogenannte Lebenskraft, eine ganz anderen Gesetzen folgende Kraft, ersetzte, und der anderen, welche in der organischen Natur dieselben Gesetze wie in der anorganischen herrschen sieht, — neigte Reil zu der letzteren und er legte auch in seinem Aufsatz: „Über die Lebenskraft", mit welchem er das von ihm selbst begründete, noch heute existierende und in hohem Ansehen stehende „Archiv für Physiologie" 1796 eröffnete, sein und seiner Schüler naturwissenschaftliches Bekenntnis klar und deutlich nieder. Er führt, um dies hier kurz zu erwähnen, darin aus, dass die „Lebenskraft" wie jede andere Kraft auf materielle Zustände zurückzuführen sei, welche letzteren uns gegenwärtig allerdings noch unbekannt seien. An Reils Name knüpft sich ja das Ansehen, welches der Vitalismus zu jener Zeit in Deutschland errang. Es ist von Interesse, dass auch der Reformator oder vielmehr Gründer des französischen Irrenwesens, Pinel, einer der bedeutendsten Vertreter dieser Richtung in seinem Vaterlande war. — Wie sehr Reil durch seine Lehre mit seinen Zeitgenossen in Widerspruch geriet, geht daraus hervor, dass sein Freund Steffens in der Biographie ihn gewissermassen vor dem Vorwurf der Anhängerschaft an die chemische Physiologie zu rechtfertigen für nötig hält und Wert darauf legt, nachzuweisen, dass Reil hinter den Einzelthatsachen der chemischen Physiologie die Perspektive der allgemeinen Naturorganisation, den tiefer liegenden Zusammenhang alles Lebens als das Wesentliche nie aus dem Auge verlor. Speziell in Bezug auf die Heilkunde, die er in 1. die akologische, physisch-mechanische, chirurgische, 2. die chemische, dynamische, im eigentlichen Sinne medizinische und 3. die psychische teilte, war er sich über die Relativität dieser Teile, über die höher liegende Einheit der Quelle des Lebens niemals zweifelhaft. Sein Geist hasste das System, das in seiner Vollendung seinen Tod gebiert, die Beschränkung, die Unfreiheit zu sehr, als dass er seine Lehren und Ansichten in ein festes Dogma eingekerkert hätte; „er vermochte sich daher wissenschaftlich mit einem jeden auch noch so verschieden Denkenden zu verbinden. Daher sein Anschliessen an Kielmeier, Hockel, Brandis, Autenrieth, Meckel den jüngeren. Ein jeder reichte ihm, was er brauchen konnte."

In seiner vielseitigen Bildung, namentlich auch philosophischen (Kant), die ihn aber nie zu fruchtlosen, spekulativen Betrachtungen veranlasste, in seiner Art, den Kranken nicht stückweise, sondern in der „Totalität seines Daseins" zu begreifen, in den Symptomen nicht bloss eine Reihe überlieferter Kennzeichen und Komplexe von solchen zu sehen, sondern sie für jeden Fall von neuem zu kombinieren — darin lag der Grund, weshalb er seine Aufmerksamkeit auch dem wüsten Felde der psychischen Krankheiten zuwandte. Sein Problem lautete: „Es giebt psychische Krankheiten, die teils durch physische hervorgerufen, in diesen begründet, teils rein sind; es giebt umgekehrt physische Krankheiten, die durch psychische veranlasst werden, daher können psychische



und physische Krankheiten durch psychische Mittel, aber auch psychische Krankheiten durch physische Mittel gehoben werden. Wie erkennen wir nun die psychischen Krankheiten, wie fassen wir ihre eigentümliche Art, welche Kurmethode ist durch diese Unterscheidung begründet?"

Reil war sich dessen wohl bewusst, dass dieses Problem für seine Zeit phänomenal war und er zur Verwirklichung seiner Ideen der Unterstützung seiner Zeitgenossen bedurfte; darum suchte er alle, bei denen er Interesse und Fähigkeiten voraussetzen konnte, dafür zu gewinnen, durch Schrift und That anzuregen. „Er entsagte willig allem Verdienst, wenn es ihm gelang, auf das grosse Thema aufmerksam zu machen. Der bitterste Tadel würde ihm willkommen gewesen sein, wenn er nur die Sache förderte. In keiner Sache gab er sich auf eine so wahrhaft grosse Weise, selbst als Schriftsteller, völlig preis, wie in dieser."

Haben wir jetzt neben seiner wissenschaftlichen Richtung auch die Hoheit seines Charakters kennen gelernt, so bedarf es noch eines kurzen Blicks über seine, der Erforschung des Gehirns und Rückenmarks gewidmeten, anatomischen Studien, um unser Bild von der riesigen Arbeitskraft Reils, die wir im Vorstehenden schon wiederholt hervorgehoben, zu vervollständigen. Die Methode der Härtung des Gehirns mittels Alkohols gelangte durch ihn zu allgemeiner Anwendung; er studierte das Verhältnis des Gehirns und Rückenmarks zum Sympathikus, den Bau des Kleinhirns, den Ursprung der Schleife aus den Vierhügeln, den Linsenkern, die Insel, die Bildung des Stabkranzes und des Hirnschenkelsystems; ihre Beziehungen zu der sie durchkreuzenden Balkenfaserung erkannte er zuerst. Überhaupt hat er bereits eine grosse Anzahl anatomischer Fakten, die nicht gerade auf der Oberfläche liegen, richtig gesehen (Edinger). Die Gedenktafeln, welche ihm die anatomische Nomenklatur gesetzt hat, — die Insula Reilii, die Corona radiata Reilii, das Ruban de Reil (Schleife) und die Vallecula Reilii — kennt jeder Mediziner, nicht bloss der mit der Hirnanatomie näher vertraute Forscher, und sie werden dafür sorgen, dass Reils Verdienste um die Hirnanatomie niemals in Vergessenheit geraten. — Er veröffentlichte seine anatomischen Studien in „Structura nervorum", im Jahre 1796 in Halle erschienen.

Wenn wir nun von Reils Werken noch erwähnen seine Arbeiten: „Über Erkenntnis und Kur der Fieber" (4 Bände 1802), seine mit Hoffbauer zusammen herausgegebenen „Beiträge zur Beförderung einer Kurmethode auf psychischem Wege" (nur in 2 Bänden erschienen), das „Magazin für die psychische Heilkunde", das freilich durch die Ereignisse des Jahres 1806 in seinem ferneren Erscheinen gestört wurde, ferner den „Entwurf einer allgemeinen Pathologie" und den „Entwurf einer allgemeinen Therapie", letztere beide nach seinem Tode als Nachlass herausgegeben, — so wird man begreifen, in welch' erstaunlichem Umfange Reil das ganze Gebiet der theoretischen und praktischen Medizin beherrschte. Konnte es fehlen, dass er zugleich auch einer der berühmtesten und gesuchtesten Ärzte seiner Zeit war?

Diesen Ruf verdankte er jedoch nicht allein seiner Gelehrsamkeit. Mit grosser Ruhe, imponierendem Ernst, aufrichtiger Teilnahme trat er an das Krankenbett des Fürsten wie des schlichten Bürgers. Ausgestattet mit allem, was Liebe, Zuversicht, Hingebung erwecken kann, erwarb er sich das feste Vertrauen des Kranken und liess es ihn unbemerkt fühlen, dass er ganz ungeteilt für ihn da sei. „Oft übernahm er die kleinsten Geschäfte, das Umbetten, widrige Hilfsleistungen, die man sonst nur dem gedungenen ärztlichen Handlanger überlässt, oft freilich auch, um Beobachtungen unvermerkt anzustellen, die den Kranken hätten beunruhigen können."

Reil ist zu früh der Mitwelt entrissen worden. Vieles, was er angeregt, mancher seiner Pläne hat erst nach seinem Tode, zum Teil erst sehr lange nach demselben, Beachtung und Verwirklichung gefunden. Wie viele Schätze des Wissens hätte sein unermüdlicher Forschertrieb aufspeichern, wie viel Segen seine unverdrossene Schaffensfreudigkeit stiften können, wäre ihm eine längere Lebensfrist vergönnt gewesen! Das Andenken auch solcher Männer zu würdigen und lebendig zu erhalten, denen es nicht bescheert war zu ernten, was sie gesät, gehört zu den edelsten Aufgaben der Geschichte.

J. Bresler.



Über geminderte Zurechnungsfähigkeit.

Von *E. Mendel.*



In den letzten Monaten ist sowohl in der Literatur wie in psychiatrischen Versammlungen wiederholt die Frage von der geminderten Zurechnungsfähigkeit diskutiert worden.

Es schien, als ob bis dahin nach den Verhandlungen des Vereins der deutschen Irrenärzte in Bonn im Septemper 1888 ein Bedürfnis für erneute Behandlung der Frage nicht empfunden wurde.

Grashey hatte damals, abgesehen von anderen Bedenken, besonders das hervorgehoben, dass nicht recht einzusehen wäre, was mit den Personen geschehen sollte, welche mit geminderter Zurechnungsfähigkeit verurteilt, sich als gemeingefährlich erwiesen und welche also nach der Verbüssung der Strafe in eine Irrenanstalt gebracht werden müssten.

Diese durch die Annahme geminderter Zurechnungsfähigkeit sich eröffnende Perspektive war nach seiner Meinung allein schon hinreichend, aus rein praktischen Gründen den Stab über die geminderte Zurechnungsfähigkeit zu brechen.

Ich selbst hatte ausgeführt, dass die mildernden Umstände, welche weitaus bei der grössten Zahl von Delikten nach dem Strafgesetzbuch zulässig sind, bestimmt sind, die geminderte Zurechnungsfähigkeit zu ersetzen.

Es bestehen nun allerdings für manche Verbrechen, wie z. B. für den Mord, solche mildernde Umstände nicht. Aber auch hier zeigt sich, dass eine verständige Auslegung des Gesetzes die mildernden Umstände thatsächlich zur Erscheinung bringen lassen kann.

Es wird darauf ankommen nachzusehen, ob die Tötung nicht bloss vorsätzlich, sondern auch mit Überlegung geschehen ist. In den Fällen, welche für die geminderte Zurechnungsfähigkeit ins Feld geführt werden, wird die Überlegung als zweifelhaft öfter hingestellt werden müssen, wie dies übrigens auch von juristischer Seite hervorgehoben wird. So sagt von Holtzendorff*):

„Doch kann es geschehen, dass aus Anlass der Erörterung über zweifelhafte Zurechnungsfähigkeit die aus sorgfältiger Beobachtung des Angeklagten geschöpfte Meinung eines Sachverständigen auch Anhaltspunkte zur Beurteilung der Überlegung darbietet."

*) Handbuch des d. Strafrechts 1874, III. p. 430.

Es tritt dann bei geminderter Zurechnungsfähigkeit statt der Todesstrafe für den Mord die Strafe für den Totschlag (§ 212) ein. So geschah es auch thatsächlich z. B. in einem Falle, von welchem Emminghaus*) als einem Falle geminderter Zurechnungsfähigkeit berichtet.

In ähnlicher Weise liesse sich wohl bei geminderter Zurechnungsfähigkeit nachweisen, dass nicht Meineid, sondern fahrlässiger Meineid vorliegt. Wenn nun aber auch zugegeben werden kann, dass in manchen Fällen dem eigentümlichen geistigen Zustande des Thäters, welcher nicht im Sinne des § 51 als zurechnungsunfähig zu erachten ist, nicht dadurch Rechnung getragen werden kann, dass ihm mildernde Umstände bewilligt werden, so würde die Konsequenz, für die psychiatrischen Forderungen mit Rücksicht auf die Lage der Gesetzgebung nicht die sein, Bestimmungen über die verminderte Zurechnungsfähigkeit im Strafgesetz zu fordern, sondern die Einführung mildernder Umstände da zu beanspruchen, wo sie bisher noch nicht existieren.

Dabei darf allerdings nicht vergessen werden, dass diese Forderungen bereits im Reichstage bei der Beratung des Strafgesetzbuchs erhoben wurden, dass aber ihre Bewilligung an dem Widerstand der verbündeten Regierungen scheiterten, wie ich dies in meinem Referat in Bonn ausführlich auseinandergesetzt habe.

Dass auf seiten der verbündeten Regierungen jetzt eine grössere Geneigtheit nach dieser Richtung hin bestehe, kann billig bezweifelt werden.

Wie man nun aber auch über die Forderung der geminderten Zurechnungsfähigkeit denken mag, darin bestand kein Widerspruch in jener Versammlung der Irrenärzte, dass das bisher vorliegende Material nicht ausreichte, um eine Lücke der Gesetzgebung zu beweisen. Desshalb fand mein in Verbindung mit Schüle gestellter Antrag einstimmige Annahme, dass erst weitere Thatsachen gesammelt werden sollen, und wurde beschlossen, Herrn von Krafft-Ebing mit der Bearbeitung des Materials, das einlaufen würde, zu betrauen.

Seitdem ist ein Decennium verflossen, eine Bearbeitung des Materials hat, soviel mir bekannt geworden ist, nicht stattgefunden, und dies aus einem

*) Zeitschrift für Psych. 1890, p. 56.



völlig ausreichendem Grunde, weil nämlich keins vorgelegen hat.

Auch die neuen Veröffentlichungen und Diskussionen bringen solches Material nicht, sondern sie wiederholten nur das, was bereits bei den Vorbereitungen für das Strafgesetzbuch vorgebracht wurde, was sich auch in dem Gutachten der Königlich Preussischen Wissenschaftlichen Deputation (Referenten Skrzeczka und Virchow) über geminderte Zurechnungsfähigkeit aus dem Jahre 1869*) findet und worüber ein Dissens nicht besteht, dass es nämlich keine scharfen Grenzen zwischen geistiger Gesundheit und geistiger Krankheit giebt, und dass eine Reihe krankhafter geistiger Zustände, welche ihrer Natur nach nicht unter den § 51 gehören, doch in Bezug auf die von ihnen ausgehenden Handlungen strafrechtlich anders beurteilt werden müssen, als die von geistig gesunden Menschen.

Auch heute muss demnach, wenn jenen Forderungen auf Einführung der geminderten Zurechnungsfähigkeit irgend welche praktische Bedeutung beigelegt werden soll, gesagt werden, dass sie zuerst einwandsfreies Material beibringen müssten, aus welchem hervorgeht, dass wegen des Mangels jener Bestimmung übermässige Härte und Ungerechtigkeit bei einer Reihe von Verurteilungen zur Geltung gekommen ist.

Aus meiner eignen forensischen Thätigkeit kann ich nur sagen, dass ich den Mangel einer Bestimmung über geminderte Zurechnungsfähigkeit nie empfunden habe, dass es mir in den betreffenden Fällen immer möglich war, durch Hinweis auf die eigentümliche Geistesbeschaffenheit des Thäters die Annahme mildernder Umstände resp. die Anwendung eines anderen Strafgesetzbuchsparagraphen zu erreichen.

Es sind jetzt drei Decennien her, seitdem das deutsche Strafgesetzbuch zur Geltung gekommen ist. Die Richter, die Staatsanwälte, die sachverständigen Ärzte haben sich allmählich in den § 51 eingelebt. Ich glaube, dass diejenigen, welche eine grössere forensische Erfahrung haben, im allgemeinen mit den Entscheidungen über die Zurechnungsfähigkeit seitens der gelehrten Richter wie seitens der Geschworenen nicht unzufrieden sind. Das Verständnis für die Anwendung des § 51 ist jedenfalls gewachsen. Wenn nicht immer das sachverständige Gutachten entscheidend für die Freisprechung wirkt, so ist doch auch daran zu denken, dass die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass ebenso wie der Richter auch der Arzt sich irren kann.

Hüten wir uns, durch das Verlangen neuer gesetzlicher Bestimmungen Unsicherheit in das zu bringen, was wir erreicht haben. Ich muss an dieser Stelle an jene Äusserung unseres allverehrten Nasse erinnern, welche derselbe nach jenem Bonner Kongress in der Zeitschrift für Psychiatrie*) veröffentlichte. Nachdem er erklärt, dass er sich zu der Zeit, als das neue Strafgesetzbuch eingeführt werden sollte, für den Begriff der geminderten Zurechnungsfähigkeit ausgesprochen, sagt er, dass er jetzt die Aufnahme des Begriffs für unzweckmässig, ja sogar für ein gefährliches Experiment halte und fährt dann fort: „Ich fürchte, dass einerseits bei der grossen Unwissenheit, die das Gros der Juristen in Psychiatricis zur Schau trägt, und bei der gleichzeitig scharf ausgesprochenen Neigung derselben, sich in diesen Fragen ein eignes Urteil bilden zu wollen; andrerseits bei der Zulässigkeit des Verfahrens, zur Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit jeden beliebigen Arzt als Sachverständigen heranzuziehen; endlich bei dem notorischen Mangel der nötigen Kenntnisse von dem Wesen der Geistesstörung bei der weitaus grösseren Zahl der praktischen Ärzte, selbst der Physici, der Begriff der geminderten Zurechnungsfähigkeit einen dankbaren Ausweg für Anmassung und Unwissenheit bieten wird.

Ich fürchte, dass der Wissenschaftlichkeit der Untersuchung Abbruch geschehen und unsere Strafanstalten sich noch weit mehr mit wirklich Geisteskranken füllen werden, als dies zu meinem Bedauern heute schon der Fall ist."

Bereits in meinem oben erwähnten Referat in Bonn hatte ich ausgeführt, dass da, wo geminderte Zurechnungsfähigkeit respektive mildernde Umstände infolge des Geisteszustandes des Thäters angenommen werden, viel geringere Bedeutung die längere oder kürzere Dauer der Einsperrung als die Art des Strafvollzuges hat.

Die Art des Strafvollzuges, wie er jetzt ausgeführt wird, bringt den hierher gehörigen Personen nicht selten dauernden irreparablen Schaden und fügt ihnen demnach grösseren Nachteil zu, als ihnen Recht und Gesetz zufügen darf. Die neueren Arbeiten haben in richtiger Erkenntnis der Bedeutung

*) cf. Virchow Ges. Abh. aus der öffentl. Medizin, II. 1879, p. 512.

*) Bd. 46, p. 336.



dieses Momentes sich ausgiebiger mit dem Strafvollzug beschäftigt.

Cramer hat bei Gelegenheit seines Vortrages über moralische Idiotie in der Sektion für Neurologie und Psychiatrie der Naturforscherversammlung in Düsseldorf 1898 meiner Ansicht nach mit vollem Recht darauf hingewiesen, dass manche Fälle von geminderter Zurechnungsfähigkeit sich sehr wohl für eine bedingte Verurteilung, für Strafaussetzung eignen. Ich glaube ebenfalls, dass das Damoklesschwert, das unter diesen Umständen über jenen Personen hängt, zum Teil jene hemmenden Vorstellungen verstärken oder ersetzen kann, welche von dem Begehen einer strafbaren Handlung abhalten.

Sodann hat Weber (Sonnenstein) die Vollstreckung von Strafen an Personen mit geminderter Zurechnungsfähigkeit in bestimmten Anstalten oder Räumen gefordert*).

Möli hat mit Recht gefragt, soll diese Anstalt eine Strafanstalt oder Krankenanstalt sein?

Ist es eine Krankenanstalt, dann ist es schliesslich nichts weiter, als eine Irrenanstalt und der gemindert Zurechnungsfähige trifft sich, wenn man nicht mehrere Klassen von solchen Anstalten schaffen will, mit dem Zurechnungsunfähigen, der auf Grund des § 51 freigesprochen wurde; der Unterschied besteht dann bloss darin, dass der erstere formell eine Strafe zudiktiert bekommen hat.

Ich will jedoch auf all die Bedenken, welche bei der Diskussion nach dieser Richtung hin in Dresden gemacht wurden, hier nicht näher eingehen.

Ohne ein Reichsgesetz über den Strafvollzug, das wir solange vergeblich erwarten, und bei dessen Vorbereitung die Psychiater besonders aufmerksam werden sein müssen, lassen sich jene Forderungen nicht durchführen.

Es fragt sich aber, ob sich nicht auf dem Boden des jetzigen Strafgesetzbuchs und mit Rücksicht auf die Verhältnisse, unter welchen augenblicklich der Strafvollzug sich befindet, etwas thun lässt, um jenen Anforderungen gerecht zu werden, welche die Humanität in Bezug auf jene „gemindert Zurechnungsfähigen“ stellt.

Ich glaube, dass dasjenige, was hierbei geschehen kann, sehr wohl sich mit gewissen Forderungen Webers und Ilbergs deckt.

Als Grundlage für alle Massnahmen, welche eine Erleichterung resp. Änderung des Strafvollzugs für solche Personen, welche zwar nicht als zurechnungsunfähig, geistig aber doch nicht als normal erachtet werden konnten, müsste psychiatrische Untersuchung in der Strafanstalt selbst dienen. Es würde für solchen Zweck eine Kommission von Psychiatern zu ernennen sein, wie sie bereits seit 1892 thatsächlich in Belgien für die psychiatrische Untersuchung Gefangener besteht.

Die jetzigen Verhältnisse in den Strafanstalten sind, wenigstens zu einem erheblichen Teil, nicht geeignet, der psychischen Individualität des Verurteilten genügend Rechnung zu tragen. Es überwiegt die Beurteilung nach der Unterscheidung von „Gut und Böse“. Ich hatte vor einiger Zeit einen Mann von etwa 30 Jahren zu begutachten, welcher bereits dreimal wegen Einbruchs bestraft und jetzt wegen desselben Verbrechens unter Anklage stand. Er hatte wenige Tage, nachdem er das dritte Mal aus der Strafanstalt entlassen, wieder einen Einbruch verübt. Meine gerichtsärztliche Begutachtung wurde erforderlich, weil der Angeklagte im Verhandlungstermin nur aus dem Fenster heraus sah und dem Vorsitzenden nicht antwortete.

Die Akten ergaben, dass er in der Strafanstalt für einen der schlausten und verstocktesten Verbrecher gehalten wurde. Meine Diagnose lautete auf einen niederen Grad der Idiotie. Unter anderm gab er an, dass er aus dem Fenster in Moabit bei der Verhandlung gesehen hätte, weil er zum erstenmal die Pferdebahn dort hätte fahren sehen, das hätte ihn so amüsiert und interessiert, dass er auf das, was er gefragt wurde, nicht geachtet hätte. Er wurde auf Grund des § 51 freigesprochen.

Jene psychiatrische Kommission würde dann nach Feststellung des psychischen Zustandes diejenigen Grundsätze festzustellen haben, nach welchen der Strafvollzug bei den geistig nicht normalen Gefangenen durchzuführen wäre. Findet sich, wie in jeder grösseren Strafanstalt zu erwarten, eine Anzahl solcher Personen, welche vermöge ihres geistigen Zustandes eine andere Behandlung verlangen, so wird eine besondere Abteilung der Strafanstalt für dieselben einzurichten sein, in ähnlicher Weise wie ja für körperliche Kranke jede Anstalt ihr Lazareth hat. Eine solche Kommission könnte mehr Nutzen stiften, als alle Paragraphen im Strafgesetzbuch.

Nicht an der unrichtigen Anwendung des § 51 liegt es, dass in den Strafanstalten eine grosse Zahl von Geisteskranken sich finden, sondern daran, dass

*) cf. Neurol. Centralbl. 1898, p. 1108. Versammlung mitteldeutscher Psychiater in Dresden.



die Frage über die Zurechnungsfähigkeit des Angeschuldigten überhaupt nicht gestellt wird.

Wenn derselbe einigermassen richtig über seine Person und seine Handlungen Auskunft giebt, wohl auch seine Strafthaten ohne Umschweife zugesteht, dann ist bei der grossen Mehrzahl jener Leute, welche aus unbemittelten Ständen herrühren, bei denen Angehörige oder Verwandte nicht existieren oder ohne Interesse für das Schicksal des Angeschuldigten sind, gar keine Veranlassung gegeben, einen Sachverständigen über den Geisteszustand zu hören.

So, ja noch in viel ausgedehnterem Maasse, wird es auch in den Fällen „geminderter Zurechnungsfähigkeit" gehen, auch wenn ein Paragraph im Strafgesetzbuch dafür vorhanden wäre. Einer Kommission aber, welcher die Aufgabe gestellt ist, den psychischen Zustand der Gefangenen zu untersuchen, würden alle diese Fälle nicht entgehen. Dadurch würde sie dann auch im stande sein, eine andere höchst wichtige Aufgabe zu erfüllen.

Sie würde jene Personen für die Zukunft unschädlich machen, welche geisteskrank aus der Strafanstalt entlassen, Gefahr für die Allgemeinheit bieten, bald wieder eine neue Strafthat begehen, und erst nach Begehung dieser Handlung wieder interniert werden.

Man wende nicht ein, dass schon jetzt Strafgefangene während oder am Ende ihrer Strafen in die Irrenanstalten übergeführt werden. Dies sind offenkundige, nicht schwer zu beurteilende Geisteskranke. Für die psychiatrische Untersuchung würde es sich um jene Fälle handeln (Imbecillität, alkoholistischer, epileptischer Schwachsinn u. s. w.), deren Feststellung besondere Sachverständigkeit erfordert, und welche zu ihrem eigenen Vorteil wie zur Sicherheit der Gesellschaft und der Strafanstalt in die Irrenanstalt wandern und hier bleiben müssten, bis sie, sei es durch Besserung ihres Zustandes oder durch sich entwickelnden Blödsinn unschädlich würden.



Das heutige Gheel.

Von *Konrad Alt.*

Es giebt kaum ein anderes Thema in der irrenärztlichen Litteratur, das in früherer Zeit, zumal in den sechziger und siebziger Jahren, so häufig abgehandelt und so widersprechend beurteilt wurde als Gheel und die dortige, in das vorige Jahrtausend zurückreichende Irrenkolonie.

Den einen erschien Gheel geradezu als das „Paradies der Wahnsinnigen", während andere unverhohlen den Wunsch aussprachen, „dass die Kolonie, wenn nicht umgreifende Reformen vorgenommen würden, von dem Erdboden verschwinden möge."

Seit den achtziger Jahren nahm das Interesse und die leidenschaftliche Parteinahme für oder gegen Gheel zusehends ab und in neuerer Zeit liest man darüber kaum mehr als ein kurzes gelegentliches Referat in den deutschen Fachzeitschriften. Kommt einmal die Rede auf die Gheeler Familienpflege, so hört man meist abfällige, ja recht harte Urteile. Es wird zwar die historische Bedeutung derselben anerkannt, auch rühmend der Gutmütigkeit der Gheelaner, zumal im Umgang mit den Geisteskranken gedacht, gleichzeitig aber der Meinung Ausdruck verliehen, dass die Gheeler Einrichtungen veraltet, unserer zwangsfreien, ärztlichen Ära der Psychiatrie wenig würdig, jedenfalls aber durch unsere deutschen Familienpflegen längst überholt seien.

So wenigstens habe ich immer und immer wieder urteilen hören, so oft ich versuchte näheres über die Campine und ihre gegenwärtige Stellung und Bedeutung in der praktischen Irrenpflege zu erfahren.

Dreimaliger Besuch Gheels, eine eingehende Besichtigung der meisten, auch der abgelegensten Quartiere in der Winkeloomer Heide hat mich eines andern belehrt. Ich habe die Überzeugung mit fortgenommen, dass in Gheel und dem zugehörigen Bezirk den Forderungen der heutigen Irrenpflege Rechnung getragen wird und dass dort mit geradezu verblüffendem Erfolg einer sehr grossen Zahl dazu geeigneter Kranken in Familien ein behaglicher und bekömmlicher Aufenthalt bereitet ist, ohne den Steuerzahlern Opfer aufzuerlegen.

Der belgische Flecken Gheel, Bahnstation der im Jahre 1879 eröffneten Strecke M.-Gladbach-Antwerpen — von letzterem 46 Kilometer entfernt —,



zählt gegenwärtig etwa 6000, meist Ackerbau treibende Einwohner und bildet mit 19 andern, auf einer Grundfläche von nahezu 11000 Hektar zerstreut gelegenen Dörfern und Weilern (hameaux) eine Gemeinde von 12700 Einwohnern, unter denen ausserdem nahezu 2000 Geisteskranke wohnen und verkehren. Dieser Bezirk, die ehemalige „Gerichtsvriyheid" Gheel, ist seit alter Zeit unter dem Namen des Kempenlandes, der Campine bekannt Der Name Gheel leitet sich nach einer Ansicht von geel = gelb, nach einer anderen, mir wahrscheinlicheren von geil = fruchtbar her und bedeutet also fruchtbarer Ort inmitten des Ödlandes.

Thatsächlich ist der Erdboden um das eigentliche Gheel herum im Verhältnis zu dem der weiteren Umgebung äusserst fruchtreich und jedenfalls seit uralter Zeit schon in Kultur.

Der Sage nach starb dort um das Jahr 600 unserer Zeitrechnung neben einer dem heiligen Martin geweihten Kapelle eine irische Königstochter Namens Dymphna unter dem Schwertstreich des eigenen Vaters. Sie war zu Schiff aus der Heimat geflohen und in Gemeinschaft mit ihrem Seelsorger, dem ehrwürdigen Priestergreis Gerebernus, in Antwerpen gelandet, von wo aus sie zu Fuss nach Gheel gelangten und dort eine Hütte erbauten. Der Grund der Flucht war der, dass ihr eigener Vater, der heidnische König von Ireland, sie zum Weibe begehrt hatte. Der mächtige König, der nach der Legende bald an „verzehrender Schwermut", bald an „tobsüchtiger Raserei", also an sogenanntem cirkulären Irresein gelitten haben soll, fand die Flüchtige in Gheel und schlug ihr, die seinen blutschänderischen Antrag von neuem energisch zurückwies, in „sinnloser Wut" selber das Haupt ab. Die Kriegsknechte weigerten sich dessen, den Gerebernus aber hatten sie auf seinen Befehl erschlagen. Der entmenschte Vater liess die Leichen den wilden Tieren zum Frass liegen, aber die frommen Einwohner Gheels betteten sie sorgsam in geweihte Erde.

Gar bald ereigneten sich dort, wo Leute von weit und breit zusammenströmten, um die Stätte der blutschänderischen Frevelthat zu sehen, staunenerregende Zeichen und wunderbare Heilungen. Insbesondere genasen Wahnsinnige und Rasende. Dymphna galt bald allgemein als Schutzpatronin gegen Wahnsinn und Besessenheit, da sie des Teufels Macht zu brechen vermochte, weil sie selber den teuflischen Gelüsten ihres sinnlosen Vaters widerstanden und damit Gewalt über den Satan erlangt hatte. Darum wird die heilige Dymphna auf Bildnissen stets dargestellt mit einem Teufel, der sich zu ihren Füssen windet oder den sie an einer Kette gefesselt hält.

Als historischer Kern dieser Legende, die abgekürzt einer Anfang des dreizehnten Jahrhunderts abgefassten „Vita" des Chronisten Petrus Cameracensis nacherzählt ist, dürfte anzunehmen sein, dass zu Gheel eine vornehme fremde Jungfrau von ihrem wahnsinnigen Vater erschlagen und deshalb zur Schutzpatronin gegen Besessenheit und Raserei erhoben wurde.

Derselbe Chronist erzählt bereits, ausser einer Reihe anderer zu Gheel geschehener Wunder, wie eine von dem Teufel besessene Frauensperson und ebenso ein besessener Jüngling an dem Grabe der Heiligen „von dem bösen Feind erlöst" wurde und wie eine am St. Antoniusfeuer leidende Nonne und ein mit dem gleichen Leiden behaftetes Kind zu Gheel genas.

In mehreren aus dem 14. und 15. Jahrhundert stammenden päpstlichen Bullen wird auf die vielen zu Gheel geschehenen Wunder Bezug genommen und denen ein Ablass verkündet, die durch ein Almosen zum Unterhalt der Unglücklichen beitrügen. Auch wird in diesen, noch erhaltenen Urkunden schon rühmend, sowie zur Nacheiferung ermahnend hervorgehoben, dass die Gheelaner die Pilgrime, das ist die frühere gewöhnliche Bezeichnung für Kranke, nicht um irdischen Gewinnes, sondern um Gottes Lohn zu sich aufnähmen.

Da die Zahl der Hilfesuchenden immer grösser wurde, sah sich die Ortsobrigkeit in der zweiten Hälfte des 15. Jahrhunderts genötigt, besondere Bestimmungen zu erlassen und die Aufnahme der „Zinnelozen" nur den unmittelbar um die St. Dymphnakirche herum wohnenden Familien zu gestatten; erst später wurde die Erlaubnis allgemein erteilt. Neben der im Jahre 1449 aus Opfergeldern (ofranden) erbauten neuen Dymphnakirche wurde als Anbau ein „Ziekenhuis" mit vier „Ziekenkamers" errichtet, in welchen die „Zinnelozen" in der Regel neun Tage lang verblieben und täglich benediciert wurden, die sogenannte „Novene" d. h. neuntägige Andacht durchmachten. Das Ziekenhuis wurde 1541 anlässlich eines Turmeinsturzes zerstört und im Jahre 1687 — so wie es jetzt ist — neu aufgeführt.

Die Pflege der Kranken oblag den „Ziekemestersen", welche sich im Notfall noch Hilfe aus



der Nachbarschaft herbeiholten. War nach Ablauf der Novene keine Genesung eingetreten, so wurden die Kranken zu geeigneten und gewillten Familien in Pflege gegeben. Auch die neu ankommenden Kranken mussten wegen des starken Andranges von Hilfesuchenden oft tage- und wochenlang bei Familien zubringen, bis ein „Kamerken" im „Ziekenhuis" frei wurde.

In den seit dem Jahre 1532 regelmässig geführten Protokollen über vorgekommene Heilungen — 59 sind erhalten — wird häufig dankbar anerkannt, dass die Gheelaner mit den „Krankzinnigen" „mitleidig" und „beharrlich" umgegangen seien Diese Protokolle weisen aus, dass die zu Gheel beobachteten Heilungen meistens tobsüchtige Epileptiker und Hysterische betrafen.

Hier ein paar Beispiele: Am 3. Juni 1604 wurde ein 14jähriger Knabe „stumm, taub, gelähmt und blind" eingeliefert. Am 10. Juni nach vorgenommener Benediction verlor er plötzlich seine Stummheit, Taubheit, Lähmung und Blindheit. — Ferner: Am 22. Juni 1614 wurde ein Tags zuvor in die Ziekenkammer aufgenommener Pilgrim, der „was zoo ontsteld doar het Kwellen von den Duivel, dat vier mannen genoeg hadden om hem vast te houden, dikwiyls bassende als eenen hond", nach dem Genuss des geweihten Wassers (Fingerwater) plötzlich gesund. Man hörte den Teufel in ihm deutlich rufen „het is miyn laatste Dag, ik moet er uit, ik moet er uit". Dann wurde man einen schrecklichen Gestank gewahr, die Ketten fielen ihm von selber ab und der Genesene pries laut die heilige Dymphna für ihre wunderbare Hilfe.

Uns erscheinen diese Heilungen weniger wunderbar, da wir ja selber oft genug Zeugen sind, wie durch die Macht der Suggestion die schwersten functionellen Krankheitserscheinungen plötzlich verschwinden.

Bis zum Jahre 1850 wird nirgendwo der Mithilfe der Ärzte bei der Behandlung der Kranken gedacht. Allerlei unangenehme Vorkommnisse, insbesondere die Ermordung des Gheeler Bürgermeisters durch Kranke zwangen die Regierung einzugreifen, strengere Aufsichtsvorschriften zu erlassen und die Gheeler Ärzte wenigstens nebenamtlich mit heranzuziehen. Bereits im Jahre 1856 sah sich die Regierung genötigt, einen Chefarzt nahezu hauptamtlich zu berufen. Die Wahl fiel auf den nachmals so berühmten Dr. Bulkens, der um die Besserung der Gheeler Zustände sich grosse Verdienste erworben hat und es durchsetzte, dass das Ziekenhuis durch Erbauung einer nach Guislainschen Grundsätzen zeitgemäss eingerichteten Infirmerie leergestellt wurde. Aber den durch Jahrhunderte hindurch geübten, im Jahre 1676 behördlich sogar ausdrücklich anbefohlenen Zwang, sowie den alteingewurzelten Exorcismus vermochte auch Bulkens nicht ganz zu bannen.

Ende der sechziger und anfangs der siebziger Jahre wurden vielfach noch die kettenbeladenen Kranken von ihren Pflegern nach der Dymphnakirche gebracht, um durch den Segensspruch des Priesters Genesung zu finden von ihrem schweren Leiden.

Auch die Wohnung, Verpflegung und Kleidung der Kranken liess recht viel zu wünschen übrig, was — abgesehen von der gänzlich unzureichenden ärztlichen Versorgung — in der Armut der Pfleger und der Kärglichkeit der Pflegesätze begründet war.

Aus der Zeit stammen eine Reihe abfälliger Reiseberichte über Gheel und Schilderungen der dortigen Familienpflege, welche auf die gegenwärtigen Zustände, auf das heutige Gheel kaum mehr zutreffen.

Die uralte Gheeler Irrenkolonie, welche einer frommen Legende ihren Ursprung verdankt, viele Jahrhunderte hindurch im Exorcismus wurzelte, noch vor einem Menschenalter unter staatlichem Schutz eine Freistätte aller nur erdenklichen Zwangsmittel darstellte, hat durch das rastlose, zielbewusste Wirken des jetzigen Directors, unseres trefflichen Collegen Dr. Peeters, ein vollkommen psychiatrisches Gepräge erhalten.

Dieser berufsfreudige Irrenarzt, welcher als Gheelaner von Geburt mit den Bräuchen und Eigenschaften der Kemperländer genau vertraut und daher für seinen einzigartigen, verantwortungsvollen Dienst noch besonders geeignet ist, übernahm im Jahre 1876 die Leitung der Kolonie als Nachfolger von Bulkens, dem er bereits nahezu zehn Jahre als Assistent, als „Sectiegeneesheer" zur Seite gestanden hatte. Damals freilich gab es noch keine Sectionsärzte im Hauptamt, sondern der Staat vergütete einem solchen für seine irrenärztliche Thätigkeit jährlich 600 Francs und überliess es ihm, seinen anderweitigen Unterhalt durch Privatpraxis zu erwerben.

Dass unter solchen Umständen von einer richtigen psychiatrischen Beaufsichtigung und Behandlung der Geisteskranken nicht die Rede sein konnte, dass die aus alter Zeit überkommenen Missstände bei so mangelhafter ärztlicher Versorgung nicht wohl abzustellen waren, erkannte niemand besser als



Dr. Peeters, der denn auch durch unausgesetzte Bemühungen eine gründliche Reform des ärztlichen Dienstes im Jahre 1883 erreichte. Seit diesem Jahr datiert die psychiatrische Epoche Gheels, wo seitdem nach Kräften mit den alten Missständen aufgeräumt wurde, wo heute ausser dem ärztlichen Director fünf weitere Ärzte ausschliesslich im Dienste der Irrenkolonie wirken.

Gheel selber macht auf den Besucher den Eindruck eines stillen, sauberen und wohlhabenden Landstädtchens, das neuerdings durch eine Trambahn und ein schönes Gymnasium sogar nach mehr aussieht. Am südlichen Ausgang der Stadt, ganz entgegengesetzt und nahezu eine halbe Stunde abgelegen von der Eisenbahnstation steht die erwähnte Infirmerie, vlämisch „gesticht“ genannt, links von der nach Herenthals führenden Hauptstrasse. Es ist ein inmitten freundlicher Gartenanlagen sauber und geschmackvoll ausgeführter zweigeschossiger Backsteinbau, der mit zwei nach der Strasse zu weit vorspringenden Seitenrisalits versehen ist, und über dem genau in der Mitte gelegenen Haupteingange ein Standbild der heiligen Dymphna trägt.

Das Erdgeschoss des linken Risalits enthält die Bureaux, das des linken Magazine, während in dem oberen Stockwerk die Schlafräume für Frauen bez. Männer sind. Die Anstalt mit je 35 Plätzen für Männer und Frauen macht für ein geschlossenes Haus aussen wie innen einen denkbar freundlichen Eindruck.

In Bezug auf Ordnung und peinliche Sauberkeit bleibt nichts zu wünschen übrig; Luft und Licht haben allüberall reichlich Zutritt und Verwendung gefunden. Dadurch, dass die schönen, weiss überzogenen und mit je einem luftigen weissen Betthimmel versehenen Betten alle an der Wand stehen, erscheinen die Schlafräume noch erheblich grösser als sie es an sich schon sind. — Nur die Isolierzellen, die vorn und hinten an einem Korridor liegen und von letzterem aus durch eine Lattenvergitterung zu übersehen sind, entsprechen durchaus nicht unseren heutigen Anforderungen.

Zur Infirmerie gehört ein Badehaus, das nicht nur von den Anstaltsinsassen benutzt wird, sondern auch von den Familienpfleglingen des Ortes Gheel, die alljährlich wenigstens zweimal ein Reinigungsbad hier nehmen und bei der Gelegenheit eingehend körperlich untersucht und gewogen werden.

Auch eine Infectionsbaracke ist vorhanden und ein Sectionshaus mit anatomischem und bakteriologischem Laboratorium, für die eigens ein mit den einschlägigen Untersuchungsmethoden vertrauter Arzt angestellt ist. Der gegenwärtige Inhaber dieser Stelle hat lange Zeit auf Staatskosten in den Laboratorien von Flechsig, Weigert, Roman y Càyal gearbeitet, um die erforderlichen Sonderkenntnisse zu erlangen.

Ausser diesem nahezu ausschliesslich für die wissenschaftlichen Untersuchungen dem Director beigegebenen Collegen sind in Gheel noch vier Sectionsärzte (zwei ältere, zwei jüngere) für die Kolonie angestellt. Der Director und sämtliche fünf Ärzte haben jeder eine eigene Villa mit Garten zur Verfügung; je zwei dieser Häuser stehen links und rechts von der Infirmerie, während die beiden andern in dem Orte selbst gelegen sind. Man geht von dem Grundsatz aus, dass tüchtige, sesshafte Collegen für die Familienpflege erforderlich seien, und dass solche nur gegen entsprechende materielle Vergütung zu haben seien. Der Director bezieht ein Gehalt von 10000 Frcs., die älteren Sectionsärzte ein solches von 5500—7500 Frcs., die jüngeren Kollegen von 2500—4500 Frcs. Neuerdings sind die Stellen auch pensionsberechtigt. Man kommt in Gheel genau so weit mit einem Franc wie bei uns mit einer Mark.

(Fortsetzung folgt.)



Kleine Mitteilungen.

Die Jahresversammlung der deutschen Irrenärzte zu Halle a. S. am 21. und 22. April 1899.

Zum erstenmal hielt der Verein der deutschen Irrenärzte seine Jahresversammlung im Frühjahr ab, während er in früheren Jahren im Herbst, unmittelbar vor der allgemeinen Naturforscherversammlung und möglichst nahe derselben zu tagen pflegte.

Die Befürchtungen der Schwarzseher, welche von dieser Loslösung eine Verringerung des Besuches geweissagt hatten, erwiesen sich als trügerisch, denn die Teilnehmerliste war mit 130 Namen gefüllt, einer Zahl, wie sie bislang nur selten erreicht wurde. Der Verein wird künftighin regelmässig im Frühling tagen; als Ort der nächsten Versammlung soll Frank-

furt a. M. ins Auge gefasst sein. Voraussichtlich würde der Besuch sich noch erheblich steigern, wenn die Versammlung nicht in den wetterwendischen April, der diesmal seinen üblen Ruf ganz besonders verdiente, sondern in den beständigeren und lieblicheren Maienmond gelegt wird. Wer, wie die meisten praktischen Irrenärzte, sich nur selten und nur auf kurze Zeit unabhängig machen kann von des Dienstes ewig gleich gestellter Uhr, dem wäre wohl zu einer solchen, meist auch mit grossen Geldopfern verknüpften Reise eine Jahreszeit zu wünschen, die Aug und Herz erfreut. Wird die Versammlung in die Pfingstwoche verlegt, dann sind auch die akademischen Mitglieder des Vereins durch nichts behindert.

Gewiss würde es auch von den meisten Besuchern mit Freuden begrüsst, wenn die Sitzungen nicht auf zwei kurze Tage zusammengedrängt wären, sondern wenn wenigstens drei Tage zum Austausch der wissenschaftlichen wie praktischen Erfahrungen und Meinungen zur Verfügung ständen.

Auf entsprechenden Antrag von berufener Seite werden die Bahnverwaltungen gewiss den Teilnehmern eine Verlängerung der Rückfahrkarten gewähren, wie dies ja auch bei andern Versammlungen Brauch ist.

Dass künftighin den Bedürfnissen und Wünschen der Praktiker etwas mehr Rechnung getragen werden müsse, hörte man, nicht ganz ohne leisen Beiklang von Unzufriedenheit mehrfach äussern. Gewiss gehen alle Wünsche, soweit sie berechtigt und durchführbar sind, künftighin in Erfüllung, da ja der Vorstand es sich stets angelegen sein lässt, Allen Rechnung zu tragen.

Nun die Verammlung selbständig geworden, wird sie sich auch bald zu einem vollkommenen Ganzen entwickeln.

Als Ort der ersten Frühjahrsversammlung war Halle a. S. gewählt. In mehrfacher Hinsicht eine glückliche, eine bedeutungsvolle Wahl!

Gar manchen zog es mächtig nach der Saale hellem Strande, wo er einst frei von Grillen und Sorgen den Musen obgelegen und auch die studentischen Freuden in vollen Zügen genossen, gar manchen auch nach der Stätte, wo er als junger Arzt sein ganzes Wissen, seine volle ideale Schaffensfreudigkeit in den Dienst der Geisteskranken stellte und so gewaltig von der Hehrheit seines Berufes ergriffen wurde, dass er ihm trotz vieler Enftäuschungen für das ganze Leben treu blieb.

Dicht bei Halle liegt ja die Provinzial-Anstalt Nietleben, die vor ein paar Jahren in bescheidener Verschwiegenheit ihr fünfzigjähriges Jubiläum feierte, die Jahrzehnte hindurch die gesuchteste Lehrstätte aller angehenden Irrenärzte war, der seit anderthalb Decennium eine ebenbürtige Rivalin in der psychiatrischen Klinik entstanden ist.

Aber auch für diejenigen, die nicht in und bei Halle studiert oder als Assistenten gewirkt hatten, erschien die getroffene Wahl besonders genehm, weil keine andere deutsche Stadt so wie Halle mit den Wendepunkten in der Geschichte der Irrenheilkunde Deutschlands rühmlich verknüpft ist.

Hier war es, wo vor nunmehr 100 Jahren der wissensgewaltige Reil mit herzzerreissenden Worten die schmachvolle Lage der in den Zuchthäusern angeketteten Geisteskranken schilderte und energisch die Erbauung zweckmässiger, ärztlich geleiteten Anstalten als eine Ehrenpflicht aller Gebildeten bezeichnete; hier hat Damerow, damals unbestrittener Beherrscher der ganzen psychiatrischen Welt, vor 60 Jahren seine, auch heute noch in vielen Punkten zu Recht bestehende, epochemachende Abhandlung „Über die relative Verbindung der Irren-Heil- und Pflegeanstalten“ geschrieben und bald darauf die praktische Verwirklichung seiner Lehren an der mustergültigsten aller damaligen Anstalten, der zu Nietleben vor Augen geführt. Von Nietleben aus hat der nachmals so tragisch endende Köppe vor 30 Jahren mit prophetischem Weitblick die Pläne zur Anlage der bis auf den heutigen Tag schönsten aller kolonialen Anstalten, Altscherbitz, ausgearbeitet; hier endlich hat Hitzig vor 15 Jahren mit allen, ihm so reichlich zu Gebot stehenden Mitteln die gänzliche Trennung der Klinik von der grossen Provinzialanstalt durchgesetzt und den vorbildlichen Neubau eines psychiatrischen Lehrinstituts ersten Ranges geschaffen. Lauter Namen und Ereignisse, die immerdar Merksteine bilden in der Geschichte der Irrenheilkunde!

Auch ist ja allgemein bekannt, dass Halle der geistige Mittelpunkt einer Provinz ist, deren Stände und Behörden wie nirgendwo anders den Aufgaben und Fortschritten der wissenschaftlichen wie praktischen Psychiatrie weitgehendes Verständnis und opferfreudiges Interesse entgegenbringen.

So war Halle gewiss der berufenste und würdigste Ort, um die selbständig gewordene Versammlung zum erstenmal in sich aufzunehmen.

Die Lage der Stadt im Herzen Deutschlands ermöglichte den Irrenärzten aller deutschen Staaten den Besuch. Thatsächlich sah man denn auch am Begrüssungsabend, der im Grandhotel Bode stattfand, Teilnehmer aus Nord und Süd, von Westen und Osten, wenn auch naturgemäss die Collegen aus Mitteldeutschland vorwogen. Auch eine Ärztin war diesmal erschienen, die auch den wissenschaftlichen Sitzungen beiwohnte.

Alle Besucher waren erstaunt, das alte Halle so ganz verändert, verschönt, modernisiert zu finden. Denn an Stelle der alten krummwinkligen, staubgeschwärzten Gassen trifft man jetzt meist breite, mit vornehmen Villen und schmucken Vorgärten umrahmte Strassen, welche elektrische Trams durchsausen; statt der kümmerlichen alten Kliniken ein ganz neues medizinisches Viertel mit schönen mustergültigen und höchst zweckmässig nahe bei einander gelegenen Instituten.

Und dann die neuerstandenen öffentlichen Gebäude: der Bahnhof, die Post, das Rathaus, das Theater u. s. w., alles Prachtbauten, würdig des so rasch zur



modernen Grossstadt gewordenen Halle. Freilich so ganz als Grossstadt ausgewachsen ist es noch nicht. Die Hotels und die Bedienung, die Festvorstellung und — um nicht zu weitschweifig zu werden — die Droschken, die stets fehlen, wenn man gerade eine haben will, erinnern daran, dass Halle's grossartige Entwickelung nicht in allen Punkten gleichmässig Schritt gehalten hat. Doch zurück zur Versammlung.

Unter Geheimrat Jollys bewährter Leitung fanden die Sitzungen am 20. und 21. April von morgens 9 Uhr an in dem Hörsal der psychiatrischen Klinik am Mühlrain statt. Bei aller Trefflichkeit dieses wissenschaftlichen Amphitheaters hat doch manch' einer laut vernehmlich gestöhnt, weil er entweder die ganze Zeit hindurch eng gepresst stehen oder sich mit einem halben Sitzplatz behelfen musste.

Der Curator der Universität, der Dekan der medizinischen Facultät, der Bürgermeister der Stadt Halle begrüssten die Versammlung in herzlichen Worten, welche von dem Vorsitzenden dankend erwidert wurden.

Begrüssungstelegramme des Herrn Unterstaatssecretärs Bartsch, der Landesdirectoren der Rheinprovinz und der Provinz Sachsen wurden vorgelesen. Geheimrat Hitzig besprach die geschichtliche Entwickelung der Psychiatrie in Halle, die Entstehung der Klinik, nach deren Muster gegenwärtig auch die in Kiel erbaut werde.

In dem geschäftlichen Teil der Verhandlungen gedachte der Vorsitzende mit warmen Worten der im letzten Jahre verstorbenen Vereinsmitglieder, insbesondere auch des am 15. d. Mts. verschiedenen Sanitätsrats Kahlbaum-Görlitz, an dessen Grab er im Auftrage des Vereins einen Kranz niedergelegt habe.

Über den Erfolg der Preisausschreibung zur Erlangung eines Leitfadens für das Pflegepersonal berichtete der Vorsitzende des Preisrichter-Collegiums Herr Geheimrat Pelmann: 7 Arbeiten waren eingelaufen; drei wurden aus dem oder jenem Grund als ungeeignet, drei andere zwar nicht als geeignet, gleichwohl aber einer ehrenvollen Belobigung wert befunden. Der Preis in Höhe von 500 Mark wurde dem Herrn Dr. Scholz jun., dirig. Arzt in Waldbroel zuerkannt. Die Drucklegung wird bald erfolgen.

Einen Act dankbarer Pietät vollzog die Versammlung, indem sie einem auf Alt's Anregung gemachten Vorschlag des Vorstandes beistimmte, zur würdigen Renovierung des auf dem Reilsberg bei Halle befindlichen Grabdenkmals von Joh. Chr. Reil die Summe von 1000 Mark aus der Vereinskasse zur Verfügung zu stellen. Der von Geheimrat Schüle gelegte Kassenbericht ergab, dass der Verein über ziemliche Mittel verfügt.

Die Herren Geheimräte Schüle und Siemens, deren Wahlperiode abgelaufen, wurden durch Zuruf wieder zu Mitgliedern des Vorstandes gewählt. Da Herr Schüle aus Gesundheitsrücksichten ablehnte, wurde an seine Stelle Director Kreuser-Schussenried gewählt.

Zu Schluss der Sitzungen, welche am zweiten Tage, mittags 12½ Uhr, beendigt wurden, gab die Versammlung ihrem Dank gegen den Vorstand und insbesondere gegen den Herrn Vorsitzenden lebhaften Ausdruck.

Über die gehaltenen Vorträge, unter denen besonders die Referate von Wollenberg-Hamburg „Über die Grenzen der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit bei psychischen Krankheitszuständen“ und von Hoche-Strassburg „Über den gegenwärtigen Stand der Neuronenlehre“ allgemeines Interesse fanden, wird an anderer Stelle berichtet. Bedauerlicherweise konnten bei der Kürze der Zeit nicht alle angekündigten Vorträge gehalten werden, darunter der von vielen Seiten lebhaft erwünschte „Über das heutige Gheel“.

Indess teilte der Herr Vorsitzende mit, dass mit Rücksicht auf die Wichtigheit dieses zeitgemässen Gegenstandes der Vorstand voraussichtlich für die nächste Jahresversammlung das Thema „Über familiäre Irrenpflege“ zum Referat aufstellen werde.

Am Nachmittag besichtigten fast alle Teilnehmer der Versammlung die benachbarte Irrenanstalt Nietleben, welche trotz ihres Alters den neueren Fortschritten vollauf Rechnung getragen und selbst in ihren ältesten Teilen gründliche und glückliche Umänderungen erlitten hat. Auch die benachbarte koloniale Anstalt Alt-Scherbitz sah viele Besucher und Bewunderer.

Alle Teilnehmer aber werden stets dankbar gedenken der liebenswürdigen Gastfreundschaft, die ihnen in der Klinik, in Nietleben und in Alt-Scherbitz zu teil wurde. -l.-

Tagesordnung der **34. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens** am 6. Mai 1899, nachmittags 3½ Uhr in Porta bei Minden in Westfalen, Hotel Kaiserhof. Vorsitzender: Herr Gerstenberg. Vorträge: 1. Bruns (Hannover): Neuropathologische Mitteilungen. 2. Cramer (Göttingen): Über jugendliche Verbrecher. 3. Behr (Hildesheim): Zur Ätiologie der Puerperalpsychosen.

Personalnachrichten.

(Um Mitteilung von Personalnachrichten etc. an die Redaktion wird gebeten.)

Aus dem Königreich Sachsen: An Stelle des pens. Anstaltsbezirksarztes Med.-Rat Dr. Nitsche ist als Chefarzt der gesamten Anstalten und als Anstaltsbezirksarzt zu Hubertusburg der Med.-Rat Dr. Matthäs ernannt worden (zu gleicher Zeit als stellvertretender Gutsvorsteher); an Stelle des Med.-Rat Dr. Matthäs ist der Med.-Rat Dr. Böhme als stellvertretender Anstaltsbezirksarzt und zugleich als ärztlicher Vorstand der Irrenanstalt ebendaselbst ernannt. — In Colditz ist an Stelle des stellvertretenden Direktors Dr. Krell Oberarzt Dr. Brackmann aus



Waldheim ernannt; der bisherige stellvertretende Direktor von Colditz Dr. Krell ist als stellvertretender Direktor und Oberarzt nach Hochweitzschen versetzt. — Der Oberarzt Dr. Hertzog in Hubertusburg ist in gleicher Eigenschaft nach Waldheim versetzt worden.

— Zu Görlitz verstarb am 15. April Sanitäts-Rat Dr. Ludwig Kahlbaum, Direktor und Besitzer der Privatheilanstalt, im 71. Lebensjahre nach kurzem Krankenlager. Wir hoffen in Kürze dem Verblichenen einen längeren Nachruf zu widmen.

— Zum Direktor der Irrenanstalt in Osnabrück wurde der seitherige zweite Arzt Dr. Schneider, zum Inspektor der seitherige Leiter des Gutes Musenburg Stegemann gewählt.

Bücherschau.

Instituciones y servicios de enajenados en Europa i estados unidos. Informa presentado al supremo gobierno por el Dr. M. 2° Beca. Santiago de Chile. 1898. 380 Seiten.

Beca hat im Auftrag seiner Regierung in den Jahren 1895 bis 1897 die Irrenanstalten Europas und im Jahre 1898 diejenigen Nordamerikas besucht und in dem vorliegenden Buche das Ergebnis seiner Studienreise niedergelegt. Im ersten Teil schildert er die wichtigeren Anstalten, wobei namentlich Ville-Evrard, Alt-Scherbitz, Herzberge, Gheel, Claybury, National Hospital (England), West-Riding Asylum, die Anstalt zu Edinburgh u. s. w. eingehender behandelt werden. Der Charakter der Anstalt, die wissenschaftliche und praktische Thätigkeit der Ärzte, die Hausordnungen, die Zahl und Art der Kranken, alles wird genau berücksichtigt, meist auch eine geschichtliche Einleitung vorausgeschickt. Im zweiten Teil giebt er in systematischer Darstellung einen Überblick über das Beste und Modernste, was er gesehen, gewissermassen ein Bild von einer idealen Anstalt, und empfiehlt seiner Regierung die Errungenschaften der älteren Kulturstaaten bei der Errichtung von Anstalten sich zu nutze zu machen und so der Nation den Weg durch Schwierigkeiten, Unvollkommenheiten und Irrtümer zu ersparen. Br.

Das Entmündigungsverfahren gegen Geisteskranke und Geistesschwache, Verschwender und Trunksüchtige nach der Reichs-Civilprozessordnung und dem Bürgerlichen Gesetzbuch für das Deutsche Reich. Für Juristen und Ärzte bearbeitet von Dr. P. Daude. II. Aufl. Berlin 1899. Verlag v. H. W. Müller. 151 S. 3,50 Mk.

Einerseits eine Reihe von Bestimmungen, welche seit dem Inkrafttreten der Civilprozessordnung vom 30. Januar 1877 zur Beseitigung inzwischen hervorgetretener Missstände und Vermeidung von Fehlsprüchen bei der Entmündigung wegen Geisteskrankheit getroffen worden sind, andrerseits die durch das Gesetz vom 17. Mai 1898, betreffend Änderungen der Civilprozessordnung, herbeigeführten Modifikationen des Entmündigungsverfahrens, welche zum grossen Teil mit dem Bürgerlichen Gesetzbuche zusammenhängen, vor allem aber dies letztere selbst hat eine zweite Auflage dieses Buches notwendig gemacht, das sich auch in seiner Neubearbeitung wie bisher Ärzten und Juristen als brauchbares Hilfsmittel bei der Erledigung von Entmündigungssachen erweisen wird. Br.

Etienne-Nancy: **Des paralysies généralisées dans la fièvre typhoide,** Revue neurologique 1899, III.

Im Verlauf des Typhus abd. kommen zuweilen ausgebreitete Lähmungen vor, die noch wenig bekannt sind. Ganier hat eine Anzahl von solchen Fällen zusammengestellt, doch sind sie noch nicht klinisch analysiert. E. beschreibt deren drei, die von ihm selbst beobachtet sind. 1. Fall: akute aufsteigende Poliomyelitis (Landri'sche Paralyse). 2. Fall: akute Polyneuritis. Der 3. Fall sei etwas ausführlicher wiedergegeben: Im Verlauf eines gutartigen Typhus bekommt der Kranke bei intakter Sensibilität, aufsteigend von der grossen Zehe, eine Lähmung der Beine, Arme, des Rumpfes und Nackens, Sprach- und Schluckbeschwerden und heftige Dyspnoe. Reflexe aufgehoben. Hochgradige Atrophie und Hyperästhesie der Muskulatur folgt nach zehn Tagen. — Nach einem Monat wird die Hand, der Vorderarm und die grosse Zehe wieder beweglich, aber die Muskelatrophie bleibt bestehen trotz aller therapeutischen Massnahmen. Es liegt demnach Polyneuritis acuta vor, kompliziert mit Poliomyelitis ant. asc. Heilung der Polyneuritis, während die Poliomyelitis, beruhend auf einer Läsion der Vorderhornzellen, Bestand hat.

Eine dreifache Scheidung der Fälle hält E. übrigens nur aus klinischen Gesichtspunkten für angezeigt, pathogenetisch sind sie gleichartig in den entsprechenden Krankheitsbildern bei anderen Infektionskrankheiten verwandt. Dees-Gabersee.

Preisausschreiben den Leitfaden betreffend.

Die Herren Verfasser der unter dem Kennwort:

I. Nur ein guter Mensch wird ein guter Pfleger sein,
II. Galenus,
III. Der Leitstern,
IV. Möge jeder die edle Seite usw.

eingesandten Arbeiten werden gebeten dem Unterzeichneten mitzuteilen, unter welcher Adresse die Rücksendung der Manuscripte erfolgen soll.

Im Auftrage der Preisrichter
Dr. Alt,
Uchtspringe (Altmark).

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 2/3. 6. Mai **1899.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal ℳ 4,—.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog No. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Psychiatrie und Litteraturgeschichte.

Von *P. J. Möbius.*


Die Irrenärzte haben vielfach mit Vorurteilen zu kämpfen, hässliches Misstrauen wird ihnen oft entgegengebracht, Unverständnis und Missverständnis kommen bei jeder Gelegenheit zu Tage. Die Ursachen dieser Übelstände sind verschiedenartig: Grauen vor dem Wahnsinne, Neigung zum Aberglauben, historische Erinnerungen, juristische, theologische Überhebung u. a. m. Der Hauptfeind aber ist die Unwissenheit. Wer kann ihn bekämpfen als die Irrenärzte selbst? Die Mauern müssen niedergelegt, Gitter und Schlösser entfernt werden. Das heisst nicht nur, dass die Irrrenhäuser aus Gefängnissen zu Krankenhäusern gemacht werden mussten, sondern es gilt auch im geistigen Sinne. Der Irrenarzt muss aus seiner Zurückgezogenheit heraustreten, in das Leben hinein. Die Bewohner der Irrenhäuser sind nur ein kleiner Teil der geistig Kranken. Das ganze Leben ist mit dem Psychopathologischen durchsetzt; so soll der Irrenarzt auch am ganzen Leben teilnehmen, es mit seinem Verständnisse zu durchdringen suchen. Man kann den Irrenärzten den Vorwurf nicht ersparen, dass manche von ihnen ihre Aufgabe zu eng gefasst haben. Für manche waren die Mauern der Anstalt das Ende der Welt. Viele haben sich durch das Wort „Wissenschaft" hypnotisieren lassen. Die Psychiatrie ist ein Teil der Medizin, die Medizin ist ein Teil der Naturwissenschaft, alle Naturwissenschaft strebt danach, Physik und Chemie zu werden, folglich muss die Psychiatrie auch Physik und Chemie werden. Der naturwissenschaftliche Drang führte zunächst zu Überschätzung der Anatomie. In gänzlicher Verkennung des Sinnes ihrer Aufgabe haben manche Irrenärzte sich zu Dienern der Anatomen gemacht. Gewiss ist der Nachweis, welche Veränderungen im Gehirn den krankhaften Geisteszuständen entsprechen eine der Aufgaben der Psychiatrie, aber sie ist nicht die Hauptaufgabe.*) Die pathologische Gehirnanatomie ist ein Nebenfach, die normale Gehirnanatomie aber gehört gar nicht

*) Wie weit der Sinn der Dinge verkehrt wird, kann man daraus sehen, dass in manchen Anstalten der Assistent, der die mikroskopischen Schnittchen macht, der „wissenschaftliche Assistent" genannt wird, im Gegensatze zu denen, die sich mit den Kranken beschäftigen. Kann man die Klinik gröber beleidigen?



zu den Aufgaben der Psychiatrie. Gewiss ist es sehr schön, wenn ein Psychiater sie fördert, aber er treibt dann nicht sein Fach, sondern vom amtlichen Standpunkte aus Allotria. Will sich jemand neben der Psychiatrie der Gehirnanatomie widmen, so ist ihm das natürlich unbenommen, aber er sollte nicht vergessen, dass die Kräfte eines Menschen beschränkt sind. Die Kräfte, die der Anatomie gewidmet werden, werden der Psychiatrie entzogen. Die Gehirnanatomie ist eine so ernste und schwere Sache, dass es nicht zweckmässig ist, in ihr zu dilettieren; hier heisst es entweder oder, ganz oder gar nicht. Thatsächlich sind die meisten Arbeiten derer, die nebenher etwas Gehirnanatomie treiben, ganz wertlos, Hindernisse, statt Förderung des Fortschrittes. Die Irrenärzte könnten nicht so oft Allotria treiben, wenn die Psychiatrie ihre Zeit ganz erfüllte. Liegt das an der Psychiatrie? Doch wohl nur daran, dass die Psychiatrie nicht recht erfasst wird. Die Psychiatrie ist grundsätzlich verschieden von allen anderen Naturwissenschaften (natürlich mit Ausnahme der Psychologie), denn ihr Gegenstand ist nicht das im Raume Ausgedehnte, sondern der krankhafte Geisteszustand. Zwar fasst ihn die Psychiatrie auf als in Beziehung zu dem Räumlichen, d. h. zu dem Leibe oder dem Gehirn, aber in erster Linie ist ihr Ziel der Unterschied zwischen der gesunden und der kranken Geistesthätigkeit. Will die Psychiatrie wirklich „wissenschaftlich“ sein, so muss sie klinisch sein. Die ernst gefasste klinische Psychiatrie aber bietet Aufgaben, die die ganze Kraft in Anspruch nehmen. Sie setzt voraus eine eingehende Kenntnis der gesunden Geistesthätigkeit unter den verschiedensten Umständen, da ohne diese die Kenntnis der Abweichungen nicht möglich wäre. Es handelt sich nicht nur darum, die einzelnen Formen des Irreseins und ihren Verlauf zu erkennen, eine Aufgabe, die ja noch längst nicht gelöst ist, sondern auch darum, die geistige Thätigkeit überhaupt zu beurteilen. Über die Gesundheit im gewöhnlichen Sinne urteilt der Arzt, Ärzte haben die Hygieine geschaffen, ebenso soll über die geistige Gesundheit der Psychiater urteilen, denn er allein ist dazu befähigt, weil er allein weiss, was krank bedeutet. Will aber der Psychiater diese Aufgabe recht erfüllen, so darf kein Gebiet geistigen Lebens ihm fremd sein, er muss überall zu Hause sein, um die Bedingungen geistiger Gesundheit zu kennen, wie der Hygieiniker die verschiedenen Gewerbe, Fabrikbetriebe u. s. w. kennen muss als die Bedingungen körperlicher Gesundheit. Fasst man die Psychiatrie so auf, so wird sie aus einer Magd zu einer Herrscherin. Dann aber wird sie das, was sie ihrer Natur nach sein soll. Der Psychiater wird ein Richter in allen menschlichen Dingen, ein Lehrer des Juristen und des Theologen, ein Führer des Historikers und des Schriftstellers. Nur vergesse man nicht, dass weder anatomische noch chemische Studien zu dieser Höhe führen können, dass nur der ein Richter in geistigen Dingen sein kann, dem nichts Geistiges fremd ist.

Ein Beispiel dafür, wie weit sich das Reich der Psychiatrie erstreckt, bietet die psychiatrische Litteraturbetrachtung. Von ihr haben sowohl die Psychiater als die Litteraturhistoriker wesentlichen Vorteil zu erwarten. Jene haben zu erkennen, wie die „psychopathischen Mehrwertigkeiten“ beschaffen sind, ein Studium, das vielleicht nicht minder wichtig ist, als das der „Minderwertigkeiten“, um mich dieses jetzt beliebten, aber übellautenden Wortes zu bedienen. Gewisse Aufschlüsse lassen sich nur an hochstehenden Persönlichkeiten gewinnen; Abhängigkeit der Talente von der Organisation des Individuum und von der Beschaffenheit der Vorfahren, Gang der Vererbung, Verhältnis zwischen dem Plus und Minus der Fähigkeiten, ob einem bestimmten Plus ein bestimmtes Minus entspricht u. s. f. Die Irrenanstalt ist kaum der Ort, an dem die Hyperplasie des Gehirns studiert werden kann; abgesehen von partiellen Hyperplasieen, die gelegentlich vorkommen, trifft man dort nur die Armen im Geiste. Aber auch im Leben wird nur wenigen das Glück gegeben sein, die grossen Geister zu studieren. So bleibt nur die Litteratur, bezw. die Biographie. Leider sind die Lebensbeschreibungen im ärztlichen Sinne gewöhnlich ganz ungenügend. Das schönste Material ist verschleudert worden und wird verschleudert, weil die Bearbeiter keine psychiatrischen Kenntnisse haben und weil sie in der Regel überhaupt keine Ahnung davon haben, worauf es ankommt. Unser Urteil über viele historische Persönlichkeiten ist und bleibt mangelhaft, weil die Fragen, die der Arzt zu stellen hätte, nicht mehr beantwortet werden können. Würde die Biographie und die Geschichte überhaupt mit ärztlichem, speziell mit psychiatrischem Verständnisse geschrieben, so würde vieles anders aussehen, als es jetzt aussieht. Soll es immer so bleiben, soll es nicht Aufgabe der Ärzte sein, die ihnen eigene Kenntnis vom menschlichen Wesen hinauszutragen und die Leute zu zwingen, auf das



ärztliche Wort zu hören? Kein Mensch wird verstanden, wenn das ärztliche Urteil über ihn fehlt. Unerträglich ist es, zu sehen, wie Philologen und andere Buchgelehrte über Menschen und Handlungen aburteilen, ohne zu ahnen, dass dazu mehr nötig ist als das Moralisieren und die landläufige Menschenkenntnis. Dem Arzte muss sein Recht werden, er muss überall gehört werden und er wird es werden, sobald sein Urteil hörenswert ist. Freilich ist der Weg vom „Pflasterkasten“ zum Seelenarzte weit, ist er aber zurückgelegt, so ist auch das Ansehen des Arztes anders und seine Stimme reicht weiter als zuvor. Die, die jetzt im Besitze des Urteils sind, werden anfänglich Schwierigkeiten machen. Man darf ihnen das nicht allzusehr übel nehmen, denn es ist immer schwer, einen anderen mitregieren zu lassen. Man darf sich auch nicht wundern, wenn sie mit komischer Naivetät sich selbst für kompetent erklären. Als ich vor 10 Jahren die Krankengeschichte Rousseaus veröffentlicht hatte, schrieb ein bekannter Litteraturhistoriker, das sei alles recht schön und gut; aber er für seine Person sei doch nicht davon überzeugt worden, dass Rousseau geisteskrank war. Allmählich aber wird eine Wandlung eintreten und die Litteraturhistoriker werden einsehen lernen, wie nützlich ihnen die Mitarbeit der Ärzte ist. Im Grunde streben die meisten von ihnen doch ehrlich nach der Wahrheit; sehen sie erst ein, dass die psychiatrische Beurteilung thatsächlich neue Aufschlüsse gewährt, so wird der Widerstand aufhören. Schon jetzt sieht man ein, dass das Werk nicht begriffen werden kann, es sei denn als Produkt der Person. Man muss noch einsehen, dass die Person nicht begriffen werden kann, wenn das Pathologische nicht berücksichtigt wird. Die alte populäre Trennung der Leute in gesunde und in kranke muss aufgegeben werden, jeder Mensch ist in gewissem Grade pathologisch und in aller Werken spielt das Pathologische mit, je höher aber der Mensch steht, um so mehr. Es wäre daher ganz verkehrt, anzunehmen, dass nur bei den Schriftstellern, die im gewöhnlichen Sinne geisteskrank waren, die ärztliche Beurteilung eine Rolle spiele, nein, jeder bedarf ihrer. Wie es keinen ganz symmetrischen Schädel giebt, so giebt es auch kein schlechthin normales Gehirn, bestimmte Begabung setzt Hyperplasie bestimmter Gehirnteile voraus, das ist nicht möglich ohne Störung des Gleichgewichts u. s. f. Diese Wahrheiten wird man anerkennen müssen, man mag wollen oder nicht. Sind sie erst einmal anerkannt, so wird auch das Studium der „Mehrwertigkeiten“ fruchtbarer werden, als es jetzt ist. Denn man wird dann das Versäumte nachholen, soweit es geht, man wird wenigstens den Lebenden mit anderen Augen betrachten und dafür sorgen, dass die nötigen Unterlagen zu einer vollständigen Beurteilung beschafft werden. Hie und da beobachtet man schon Anfänge, wie die Beschreibung Zolas durch Toulouse darthut. Mögen auch Übertreibungen und Fehlgriffe vorkommen, das schadet nichts, denn die Hauptsache ist die, dass der richtige Weg eingeschlagen wird. Aller Anfang ist schwer und mit der Zeit wird sich auch hier alles machen.

Möge also der Psychiater auf Eroberungen ausziehen und sein Reich ausdehnen, so weit es geht. Bringt ihn dieses Streben in nähere Berührung mit der allgemeinen Litteratur, so wird das auch den Nebenvorteil haben, dass die medizinische Sprache der deutschen immer ähnlicher werden wird.



Das heutige Gheel.

Von *Konrad Alt.*

(Fortsetzung.)



Bei meinen drei Besuchen war die Infirmerie, an welcher der Director den ärztlichen Dienst nahezu ausschliesslich allein versieht, niemals mit mehr als 50 Kranken belegt. Es waren dies teils neu eingetretene Kranke, welche alle vorerst in der Anstalt eine Zeit lang, meist allerdings kaum länger als 8 Tage, beobachtet werden, ferner solche, die wegen körperlicher Erkrankung der Anstaltspflege bedurften, und endlich diejenigen, welche wegen eines Erregungszustandes für kürzere oder längere Zeit nach der geschlossenen Anstalt zurückgenommen werden mussten. Es kehren allwöchentlich etwa zwei Kranke, also jährlich durchschnittlich 100 Familienpfleglinge nach

der Anstalt zurück, eine verschwindend geringe Zahl, wenn man bedenkt, dass jetzt nahezu 2000 Kranke sich dort in Familienpflege befinden.

Hier sei auch die kurze Mitteilung gestattet, dass Unglücksfälle neuerdings zu den grössten Seltenheiten gehören, dass beispielsweise seit fünf Jahren keine Schwängerung einer Kranken vorgekommen ist.

Von den Neuaufnahmen, deren es jährlich gegen 270 giebt, erweisen sich nahezu 17 Procent als ungeeignet für Familienpflege und müssen daher nach geschlossenen Anstalten überführt oder zurückversetzt werden. Kranke mit Hang zu Selbstmord, Gewaltthätigkeit, Brandstiftung und geschlechtlichen Excessen sind bestimmungsgemäss von der Aufnahme ausgeschlossen. Nachdem der Director einen neueingetretenen Kranken genügend kennen gelernt und für Familienpflege geeignet befunden hat, wird derselbe der gerade für seine Persönlichkeit und seinen Krankheitszustand passendsten Familie zugewiesen. Nicht alle guten Pflegerfamilien sind für alle Kranken gut; es giebt auch hier Specialitäten. So selbstverständlich es eigentlich ist, dass einzig und allein der den Kranken wie den Pfleger am besten kennende Irrenarzt die für jeden Kranken zusagendste Familie aussuchen und bestimmen muss, ist dies doch reglementsgemäss formell dem (aus dem Bürgermeister, einem Schöffen und drei andern vom Justizminister ernannten Mitgliedern bestehenden) „comité permanent" vorbehalten. Es ist dies eine örtliche Aufsichtsbehörde, deren Existenzberechtigung nur derjenige anerkennen kann, welcher der Ansicht huldigt, man dürfe am Althergebrachten grundsätzlich nicht rütteln, selbst wenn es noch so unnütz, ja unsinnig ist. In Wirklichkeit bestimmt denn auch der allein verantwortliche ärztliche Director die Pflegestelle. Die oberste Aufsicht führt der Herr Justizminister.

Nahezu die Hälfte aller Kranken ist in Gheel selber in Pflege gegeben, so dass thatsächlich mindestens jedes zweite Haus Familienpfleglinge, aber nie mehr als zwei, und zwar desselben Geschlechts, hat. Insbesondere wohnen hier die Wohlhabenderen, die sogenannten Pensionäre, welche je nach dem beanspruchten Comfort ihren Wirten (hôtes) jährlich 500—3000 Francs Pension zahlen und überdies noch einen Aufschlag von elf Procent des Pensionspreises an die Anstaltskasse zur Bestreitung der Verwaltungs- und Behandlungskosten abführen müssen. Solcher Pensionäre giebt es rund 180 in der Gheeler Kolonie. Sie bewohnen die Räume ihrer Wirte wie diese selber, essen in der Regel mit ihnen zusammen im Esszimmer, empfangen ihre Besuche in dem Salon; daneben haben sie aber noch ein bis zwei Zimmer, meist Salon mit Schlafzimmer, vollständig zum eigenen Gebrauch, so dass sie sich jederzeit zurückziehen können. Die Einrichtung dieser Zimmer ist meist sehr gediegen, mitunter kleinstädtisch prunkvoll. Dass manche der Pensionäre sich fleissig und nützlich beschäftigen, zeigen vielfach die in grosser Menge und guter Ausführung von ihnen hergestellten Schmuck- und Gebrauchsgegenstände, auf welche die „Hôtes" den Fremden mit einem gewiss berechtigten Stolz hinzuweisen pflegen.

Ausser den Pensionären werden in Gheel selber von den Nichtselbstzahlern, den Communalkranken, diejenigen untergebracht, welche wegen ihres körperlichen oder geistigen Zustandes besonders häufig ärztlicher Behandlung und Beaufsichtigung bedürfen. Die Pfleger dieser ärmeren Kranken („indigents") heissen „Nouriciers"; sie sind durchweg kleine Ackerbürger, Handwerker, Krämer. Für diese Kranken, welche man je nach dem Grad ihrer Pflegebedürftigkeit in drei Klassen einteilt, wird dem Pfleger pro Tag 60, 79 bez. 105 Centimes vergütet, während die Anstaltskasse selber von den Communen 85, 99, 125 Centimes erhält, also einen Überschuss von 20 bez. 25 Centimes erzielt.

Der Pfleger nimmt die Kranken, welche man auch heute noch allgemein die „Zinnelozen" oder „Krankzinnigen" benennt, als vollberechtigte Mitglieder in sein Haus und Heim auf, lässt sie gleich den eigenen Angehörigen am ganzen Familienleben Anteil nehmen. Bei der Arbeit und während der Erholung, beim Kirchgang und auf dem Tanzboden sieht man Pfleger und Pfleglinge unzertrennlich zusammen. Während die jugendlichen Kranken der besseren Aufsicht halber in der Regel mit einem erwachsenen Hausgenossen zusammen in einem Zimmer schlafen, hat jeder erwachsene Pflegling ausnahmslos ein Schlafzimmer, sein „Kamerken" für sich. Dasselbe muss nach den neuerlichen Vorschriften 15 Kubikmeter Inhalt und $^7/_{10}$ Quadratmeter Fensterfläche haben; die Wände sind alljährlich zweimal mit frischem Kalkanstrich zu versehen. In jedem Zimmer befindet sich ein, alle 14 Tage neu zu überziehendes Bett mit Strohsack, je einem Unterbett und Kopfkissen (mit Bezug) aus Federn oder Haferspreu, zwei Bettlaken und zwei Wolldecken zum Zudecken. Ausserdem ist vorhanden ein Nachtschränkchen, Stuhl, Bettvorleger, Spiegel und darunter Kammkasten mit Kämmen, sowie ein Kleiderriegel, der

vielfach mit einem Ziehvorhang überdeckt ist. Neuerdings werden diese Inventarstücke — in Anlehnung an das Iltener Muster — von der Anstalt gestellt, welche auch Kleidung und Schuhwerk giebt und sehr sorgfältig darauf achtet, dass die Kranken stets ordentlich gekleidet sind. Vielen weiblichen Kranken wird auf Wunsch anstaltsseitig nur der Kleiderstoff geliefert, damit sie die Kleider nach eigenem Geschmack anfertigen lassen können, um „modischer" auszusehn. Die Kleidung unterscheidet sich im Schnitt nicht von derjenigen der kleinen Leute, nur der gleiche Stoff macht dem sachverständigen Besucher die Erkennung der Kranken leicht.

Die Quartiere in Gheel sehen durchweg sauber, ordentlich und freundlich aus, zumal den meisten Kamerkens durch das Anbringen von hellen Fenstervorhängen, durch ein buntes Tischdeckchen, eine lebende Pflanze, ein paar Bilder oder Sprüche an der Wand ein Ton gemütlicher Behaglichkeit gegeben ist, der allerdings häufig durch die Sicherungsvorrichtungen an Fenster und Thür — drei eiserne Stäbe vor dem Fenster und ein Schiebriegel an der Thür — beeinträchtigt wird. Es ist zu wünschen, dass dies unschöne Überbleibsel einer zwangssüchtigen Zeit bald verschwinden möge, gleich den Zwangshandschuhen, die ich noch in einem Hause, wenn auch in verrostetem, von langem Nichtgebrauchen zeugenden Zustand vorfand. Der Gebrauch von anderweitigen Zwangsmitteln ist streng untersagt; für die ausnahmsweise Anwendung der Zwangshandschuhe werden noch von einem der älteren Sectionsärzte einzelne Indicationen angegeben, die aber einer strengeren Kritik nicht standhalten und auch den Intentionen des Directors, der jeden Zwang verabscheut, zuwiderlaufen. In Anwendung sah ich übrigens in der ganzen Familienpflege nirgendwo Zwangsmittel.

Im schroffen Gegensatz zu den der überwiegenden Mehrzahl nach recht guten Quartiere Gheels, missfielen mir manche in den rechts der Hauptstrasse gelegenen Nebengassen, insbesondere in der Heiligen Geiststrasse und in der Pfefferstrasse.

In diesen, an und für sich schon ärmlichen und schmutzigen Gassen, trifft man in einer Anzahl von aussen schon wenig Vertrauen erweckender Häuser manche geradezu erbärmliche Quartiere mit kümmerlicher Ausstattung, die nur deshalb halbwegs erträglich erscheinen, weil sie gegenüber den höchst dürftigen Schlafräumen der Pfleger noch vorteilhaft abstechen.

Mitunter sind diese im Dachgeschoss gelegenen jämmerlichen Kamerkens nur mittels halsbrecherischer Treppen zu ersteigen, so dass im Falle einer nächtlichen Feuersbrunst eine Rettung der Kranken so gut wie ausgeschlossen erscheint. Hier thut Abhilfe dringend not. Ein Besuch dieser wenigen schlechten Quartiere ist darum sehr empfehlenswert, weil man sich nur hier ein Bild machen kann, wie es einst gewesen und mit welch ungeheuren Schwierigkeiten in Gheel zu kämpfen war. Übrigens war auch in diesen, nichts weniger als mustergültigen Pflegestellen der Ernährungszustand der Pfleglinge durchweg ein guter, während die Ordnung und Reinlichkeit mancherorts viel zu wünschen übrig liess.

Das Verhältnis zwischen Pfleger und Kranken war ebenfalls meist innig, die Stimmung zufrieden, wie denn überhaupt beide Teile offensichtlich kein Verständnis für die Schattenseiten ihres Aufenthaltes hatten.

In den dem Hauptort zunächst belegenen Dörfern, insbesondere in Elsum, sind sehr viel Epileptiker, die sämtlich zu der Klasse der Unreinen bez. am meisten Pflegebedürftigen gehören (gâteux), für die also der höchste Pflegesatz gezahlt wird. Jedenfalls würde ein grosser Teil von ihnen besser in einer guten Anstalt behandelt werden, wo unzweifelhaft in vielen Fällen eine nennenswerte Verringerung, wenn nicht ein Aufhören der Anfälle zu erzielen wäre, wo auch dem Hang zur Unreinlichkeit wirksamer begegnet werden kann. Belgien hat aber noch keine derartige Anstalt, so dass einstweilen nicht an die anderweitige Unterbringung dieser Kranken zu denken ist. Immerhin wird man zugeben müssen, dass die Epileptiker hier verhältnismässig gut aufgehoben sind, denn ihre Quartiere sind durchweg schön und freundlich, ihre Wirte sehr nachsichtig und gut. Die Häuser, in denen sich Epileptiker befinden, sind sofort beim Betreten daran erkenntlich, dass der Ofen „het stovken" mit einem Schutzgitter umgeben ist. Die Ortschaften um Gheel sind sehr freundlich und in gewissem Sinne wohlhabend. Die Häuser sind vielfach neuerbaut oder doch merklich erweitert. Die geräumigen Ställe sind mit schönem Vieh gefüllt. Überhaupt stechen alle Dörfer im Gheeler Bezirk — mit Ausnahme des ärmeren Nordens — vorteilhaft gegen die der weiteren Umgebung ab. Die Felder sind sorgfältig bestellt und durch reichliche oberirdische Gräben genügend entwässert, die Häuser sind in Fach und Dach gut gehalten, die Fenster sind überall mit Vorhängen

und lebenden Blumen geschmückt, auf dem Hofe sind die landwirtschaftlichen Geräte denkbar ordentlich aufgestellt, Holz und Mist sind regelrecht aufgeschichtet — kurzum man erkennt sofort, dass hier Sinn für Ordnung und gewissenhafte Arbeit herrscht. Das Vieh ist, wie schon erwähnt, schön und prächtig gehalten. Fast in jeder einigermaassen grösseren Wirtschaft trifft man eine gute dänische Centrifuge, deren es 200 im ganzen Bezirk giebt. Die Häuser haben den niedersächsischen Typus, so dass man gleich die Diele betritt, wo sich die Familie einschliesslich der Kranken fast die ganze Freizeit über aufhält. Ein Blick auf die im Rauch hängenden Fleischvorräte zeigt, dass auch mit Fleischkost nicht gekargt wird; das hausbackene Brot ist sehr schmackhaft und besteht bestimmungsgemäss aus zwei Teilen Weizenmehl und einem Teil Roggenmehl. Die runden rotwangigen Gesichter der Pfleger und Pfleglinge bekunden schon an und für sich, dass für bekömmliche Ernährung genügend gesorgt wird. Die Zimmer der Kranken sind durchweg seitlich von der Diele aus zugängig; sie sind fast alle nach dem gleichen Plan gebaut, 3 m lang, 2 m breit, $2\frac{1}{2}$ m hoch. Jedes Kamerken hat ein Fenster von 1 m Höhe und 70 cm Breite. Der Fussboden besteht aus Backsteinen, die mit leichtem Gefälle nach der Fensterwand zu gelegt sind; in der Mauer ist ein mit Holzblock verschliessbares Loch, durch welches das Scheuerwasser nach aussen gelangt. Weisser Silbersand, vielfach in zierlichen Figuren und Monogrammen gestreut, giebt diesem leicht zu reinigenden Fussboden ein recht freundliches Aussehen. Öfen sind in keinem Schlafzimmer, was wohl auch bei der dortigen Wintertemperatur nicht nötig ist. Die Thüren tragen meist einen Vorschieberiegel, die Fenster haben drei Gitterstäbe. Das Beseitigen dieser beiden Sicherungsvorrichtungen würde als Fortschritt zu begrüssen sein; jedenfalls würden grüne Aussenläden den Anbau mit den Kamerkens freundlicher erscheinen lassen als diese Gitter. Die Häuser, in denen sich Kranke befinden, erkennt man übrigens auch ausser durch diesen Anbau an dem freundlichen Aussehen des ganzen Anwesens. Wer einmal aufmerksam auf diesen Unterschied geachtet hat, wird sofort selber herausfinden, in welchen Häusern Kranke sind und wo nicht.

Ausser den beiden Kirchen Gheels giebt es im Bezirk noch 6 Kirchen, von denen einige, z. B. die von Steelen, recht stattlich sind, ferner ebensoviel wohleingerichtete Schulhäuser. Auch in den letzteren sind durchweg Kranke in Familienpflege. In drei Dörfern — Larum, Steelen und Kievermont — stehen prächtige Badehäuser, in welchen die Kranken der näheren Umgebung alljährlich wenigstens zweimal ein Reinigungsbad nehmen und bei der Gelegenheit gewogen und ärztlich untersucht werden. Als Badediener (bez. Dienerin) ist ein im Hause wohnender verheirateter Wärter angestellt, der ausserdem als Sectionsaufseher thätig ist und ebenfalls zwei Kranke in Familienpflege hat.

Den südöstlichen Teil der Campine bildet die vielverschrieene Winkeloomer Haide, wo nach den Schilderungen früherer Besucher vielfach solche Kranke untergebracht sind, welche dem kritischen Blick des Fremden entrückt werden sollen. Nur die grösste Armut der Haidebewohner mache es erklärlich, dass sie sich zur Pflege derartiger Kranken hergeben, deren kärgliches Pflegegeld ihre einzige Einnahme darstelle, denn von Ackerbau könne in dieser traurigen Einöde nicht die Rede sein, die wenigsten Bewohner hätten eine Kuh, meist nur eine Ziege. So las und hörte ich.

Nicht ohne Spannung habe ich diesen Teil der Campine eingehend besichtigt, Haus für Haus besucht und jeden einzelnen Kranken eingehend angesehen. Statt der erbärmlichen Hütten fand ich durchweg freundliche, einzeln gelegene kleine Häuser, ebenso sauber und sorgfältig gehalten wie in den Dörfern, gesunde Stallungen mit einem zwar kleinen, aber schönen Viehbestand. Durchweg waren in jeder Wirtschaft 3 bis 4 Kühe, ein oder mehrere Ziegen oder auch Milchschafe für die Kindermilch, sowie 2 bis 3 Schweine. Auch der Acker war gut bearbeitet und wohlbestellt. Die Kamerkens der Kranken befanden sich durchweg in einem an die Diele anstossenden seitlichen Ausbau; sie waren ebenso sauber gehalten und ausmöbliert, wie in den vorbeschriebenen Dörfern.

Nirgendwo eine Spur von Zwangsmitteln in Anwendung, nirgends ein vernachlässigter Kranker. Das Verhältnis zwischen Pflegern und Kranken genau so herzig wie sonst. Allerdings befanden sich hier in der Haide eine Anzahl von Kranken, die sich in einem Dorfhause wohl kaum frei in Familienpflege halten liessen. Es waren dies einige chronisch manische Frauen und Männer, die nur in so einsam gelegenen Gehöften, bei so einfach harmlosen Menschen das Glück der Freiheit geniessen können.

Denn sie bewegen sich vollkommen frei, gehen aber kaum über die Grenze des Besitzes ihres Pflegers,



dessen Familiengliedern sie willig folgen. Ich habe eine manische Frau, die beim blossen Herannahen von Fremden sofort in heftige Erregung geriet und einen geradezu bedrohlichen Thatendrang bekundete, der einfachen Bitte eines vierjährigen Kindes Folge leisten sehen, das sie in die Scheune mit fortführte und so wirksam ablenkte. Eine Zeitlang noch hörte man ihren lauten Redefluss, ihren abgerissenen wilden Gesang, aber als ich nach einer Viertelstunde wieder vorbeikam, pflückte sie an einer Hecke Blumen, mit dem Kinde scherzend und spielend. Dies Beispiel steht nicht vereinzelt; ich habe manche ähnliche Vorgänge gesehen, die ich vorher nie für möglich gehalten hätte. Eine dieser chronisch manischen Frauen, die mir wegen ihrer leichten Erregbarkeit und ihres lauten Wesens das erste Mal besonders aufgefallen war, habe ich bei jedem meiner Besuche aufgesucht und mich jedesmal von neuem überzeugt, dass sie trotz ihrer ungeheuren Reizbarkeit und Ausgelassenheit in einem einsam gelegenen Haidehause den Segen der vollsten Freiheit genoss und dass sie in der Pflegerfamilie ebenso viel Liebe fand und gab, wie ihre harmloseren Leidensgenossen, deren Anwesenheit im Hause kaum gemerkt wird. Gerade der Besuch der Winkeloomer Haide vermag dem, der die Gheeler Litteratur genau kennt, den deutlichsten Beweis zu erbringen von den gewaltigen Fortschritten, die in den letzten 20 Jahren erzielt sind. Hier wird auch, wie nirgendwo anders, durch die Gewalt der Thatsachen klar vor Augen geführt, dass manche Kranke, die in der Anstalt eine stete Qual für ihre Mitkranken, für das Pflegepersonal und nicht zuletzt für die Ärzte bilden, in geeigneten Familien die Wohlthat der vollsten Freiheit und des Familienlebens geniessen können.

Die Zahl derartiger Kranken kann allerdings auch in der besten Familienpflege nicht gross sein, weil nicht viele Pflegerfamilien für solche Pfleglinge zu finden sind. Immerhin sind nach der Gheeler Statistik 5% aller Kranken der Kategorie der an chronischer Manie Leidenden zugerechnet.

In Bezug auf die Krankheitsform der übrigen in Gheel untergebrachten Kranken sei kurz mitgeteilt, dass etwa

35%	an	Idiotie und Imbecillität,
20 „	„	chronischer Verrücktheit,
10 „	„	secundärer Demenz,
10 „	„	Epilepsie und Hysterie,
7½ „	„	seniler bezw. organischer Demenz,
7½ „	„	Melancholie und Hypochondrie

leiden, während der Rest sich auf Paralyse, Intoxicationspsychosen (Alkoholismus) verteilt. Für Alkoholisten scheint mir die Campine in Anbetracht der zahlreichen kleinen Kneipen allerdings nicht unbedenklich zu sein.

Etwa 55% der Kranken sind männlichen, 45% weiblichen Geschlechts; die jugendlichen Kranken im schulpflichtigen Alter machen nur einen geringen Bruchteil aus.

Die Beaufsichtigung und Behandlung der Familienpfleglinge geschieht in der Weise, dass der Arzt die schon Jahre und Jahrzehnte in der Colonie befindlichen Kranken einmal per Monat, die frischeren Fälle mindestens alle 14 Tage, im Falle einer körperlichen Erkrankung oder einer acuteren Erregung nach Bedarf, eventuell täglich besucht. Die ganze Colonie ist in vier ärztliche Bezirke mit je einem Sectionsarzt eingeteilt; jede Section hat überdies 2 Krankenwärter (garde de section), welche täglich eine vorgeschriebene Anzahl von Quartieren besuchen und dabei auf die ihnen vom Arzt besonders aufgetragenen Punkte zu achten haben; jeden Morgen treten sie bei ihrem Sectionsarzt an, um von ihm die besonderen Aufträge für den Tag zu empfangen, die in ein vorschriftsmässiges Meldebuch eingetragen werden. Der Director besucht jedes Quartier durchweg zweimal im Jahre, desgleichen der Secretär der Anstalt, welcher insbesondere über die gute Beschaffenheit der Baulichkeiten und des Inventars zu wachen hat. Kommt jemand den in Bezug auf bauliche Verbesserungen gestellten Forderungen nicht nach, so werden ihm die Pfleglinge entzogen. Das Gleiche geschieht, wenn die Behandlung der Kranken eine mangelhafte ist. Aus der Liste der Pfleger gestrichen zu werden, gilt für die grösste Schmach. Umgekehrt stehen die Familien in besonderem Ansehen, welche das Diplom für langjährige lobenswerte Pflege der Zinnelozen erlangt haben. Darum wetteifern die Familien förmlich miteinander, um den Kranken die beste Pflege angedeihen zu lassen, und sie controllieren sich gegenseitig, weil schlechte Behandlung der Kranken in einem Hause gewissermaassen der ganzen Colonie zu Schimpf und Schande gereicht.

Vierteljährlich kommt der Pfleger zur Infirmerie, um die defecten Kleidungsstücke und Schuhe seiner Schützlinge auszutauschen und das wohlverdiente Pflegegeld in Empfang zu nehmen, welches ihm zum Quell stetig zunehmenden Wohlstandes geworden ist. Bei diesen Besuchen holt er sich auch in allen seine

4*



Schützlinge angehenden Fragen den Rat des Directors ein, der überdies im Winter den Pflegern belehrende Vorträge hält und für sie ein sehr lehrreiches Büchlein über „de Plichten der Kostgevers" verfasst hat.

Dass die ärztlichen Visiten und Revisionen, ebenso die Besuche der Sectionswärter gewissenhaft regelmässig vorgenommen werden, lehrt ein Blick in die in jedem Pflegerhause ausliegenden, je für einen jeden Kranken ausgestellten Büchlein, in welchen alle Besuche eingetragen sind, ebenso auch die geleisteten Zahlungen und die Empfangnahme neuer Inventarstücke und Kleider.

Die Befürchtungen derer, welche von der Einführung einer schärferen ärztlichen Controlle ein Erlahmen der Pflegefreudigkeit prophezeit hatten, sind gänzlich zu Schanden geworden. Erst mit dem durch die Ärzte angeregten Erwachen einer richtigeren Krankheitserkenntnis sind die Gheelaner zu rechten, berufsfrohen Krankenpflegern geworden.

(Schluss folgt.)



Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Halle am 21. und 22. April 1899.

Bericht über die Vorträge (über den sonstigen Verlauf der Versammlung und speciell den geschäftlichen Teil der Verhandlungen cf. Nr. 1 dieser Wochenschrift).



Die Reihe der Vorträge eröffnete Professor Dr. Wollenberg mit seinem Referat: Die Grenzen der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit bei psychischen Krankheitszuständen.

Die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit wird in den zur Zeit geltenden Strafgesetzbüchern in sehr verschiedener Weise abgegrenzt; das deutsche Strafgesetzbuch gründet die Zurechnungsfähigkeit auf die freie Willensbestimmung. Die schroffe Gegenüberstellung von Zurechnungsfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit passt nun zwar für die extremen Fälle von ausgesprochener Geisteskrankheit im eigentlichen Sinne einerseits, geistiger Gesundheit anderseits, sie lässt aber den Umstand ausser Betracht, dass es ebenso wie zwischen Krankheit und Gesundheit im allgemeinen so auch zwischen Geisteskrankheit und Geistesgesundheit im besonderen eine absolute Grenze nicht giebt. Auch die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit hat keine scharfe Grenze, vielmehr existiert auch hier ein Grenzgebiet, innerhalb dessen weder volle Zurechnungsfähigkeit noch volle Unzurechnungsfähigkeit besteht.

Die Ausführungen des Referats sollen sich nicht auf die Geisteskrankheiten im engeren Sinne beziehen; denn wo eine solche zur Zeit der strafbaren Handlung besteht, da ist die Zurechnungsfähigkeit unbedingt ausgeschlossen. Dies ist besonders gegenüber der neuerdings von Ziehen bezüglich der chronischen Paranoia vertretenen abweichenden Anschauung zu betonen. An der allgemeinen Straffreiheit der Geisteskranken im eigentlichen Sinne ist festzuhalten. Schwierigkeiten sind nur da vorhanden, wo es sich um die dem erwähnten Grenzgebiet angehörenden Fälle handelt. Hier ist die Entscheidung nach den Besonderheiten jedes Falles zu treffen. Es kann sich demnach bei den weiteren Erörterungen nicht darum handeln, bestimmte Regeln aufzustellen, nach denen in jedem Falle zu verfahren wäre, ebensowenig übrigens darum, dieses grosse Gebiet zu erschöpfen.

Die hierher gehörigen Fälle lassen sich in zwei Gruppen teilen, einmal diejenigen, bei denen dauernd nur ein geringer Grad von krankhafter Störung der Geistesthätigkeit besteht, wie die Degenerierten und Minderwertigen im weitesten Sinne, sodann jene, bei denen sogar schwere Störungen bestehen, aber nicht dauernd, sondern gewissermaassen nur paroxysmenweise. — Der Vortragende beschränkt sich, um nicht zu ausführlich zu werden, ausdrücklich auf die Besprechung einzelner der hierher gehörigen Formen und erörtert bei der ersten Gruppe die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit der sogenannten Excentrischen, der sexuell Perversen, der Kranken mit Zwangszuständen, der Schwachsinnigen.

An den Fällen der zweiten Gruppe werden die Epileptischen und die Hysterischen besprochen. Hierbei geht Redner auch kurz auf die diagnostischen Schwierigkeiten ein, mit denen man hier oft zu



kämpfen hat, und erörtert den epileptischen Charakter und das hysterische Temperament in psychiatrisch-forensischer Beziehung.

Zum Schluss wird die Frage aufgeworfen, ob die Hilfen, welche das Gesetz bei der Beurteilung der in einigen Typen geschilderten Grenzfälle gewährt, dem Bedürfnis genügen. Vortragender knüpft hierbei an Jollys Frankfurter Vortrag über „geminderte Zurechnungsfähigkeit" an und an die durch diesen hervorgerufene Discussion, hält es aber auch jetzt nicht für opportun, von vornherein bestimmte Vorschläge zu machen, sondern will zunächst nur einen Meinungsaustausch über die Frage anregen.

Die Hauptbedenken gegen die geminderte Zurechnungsfähigkeit liegen einmal in der Gefahr, dass im eigentlichen Sinne Geisteskranke nur als gemindert zurechnungsfähig erachtet werden könnten, sodann in der Frage der Behandlung der gemindert Zurechnungsfähigen. Jede in dieser Richtung vorzunehmende Änderung der Gesetzgebung, möge diese nun in einer, übrigens kaum mit Aussicht auf Erfolg anzustrebenden Generalisierung der mildernden Umstände oder in der Einführung der geminderten Zurechnungsfähigkeit bestehen, müsse zur Voraussetzung eine qualitativ andere Behandlung der minderwertigen Verbrecher haben.

Zu der sich an das interessante Referat anschliessenden lebhaften Debatte ergriff zunächst Herr Fürstner (Strassburg) das Wort. Er bemerkt, dass es ihm nicht zweckmässig erscheine, ante forum die Diagnose der vorliegenden Form zu betonen, einmal würden heute noch leicht Differenzen unter den Sachverständigen hervortreten, anderseits würden bei den Juristen, die sich etwas psychiatrische Kenntnisse erworben hätten, gelegentlich irrtümliche Auffassungen hierdurch gefördert. Der Sachverständige sollte lediglich dem Richter die krankhaften Symptome demonstrieren, die bei den Angeklagten vorhanden, und die Bedeutung derselben für die Zurechnungsfähigkeit. Was nun die partielle Zurechnungsfähigkeit angehe, so glaubt F., dass es auch bei Fortbestehen des § 51 durchaus möglich sei, die krankhaften Momente hervorzuheben, die eine mildere Auffassung des Delikts rechtfertigten; bei den strafbaren Handlungen, bei denen mildernde Umstände überhaupt nicht geltend gemacht werden könnten, würde sehr selten eine partielle Zurechnungsfähigkeit in Betracht kommen. Im jetzigen Moment die geminderte Zurechnungsfähigkeit gesetzlich einzuführen, hält F. nicht für opportun; diese ganze Frage sei erst zu lösen, wenn bezüglich des Strafvollzuges, namentlich der Art desselben, Änderungen herbeigeführt worden seien, wenn Bestimmung darüber getroffen wäre, was mit den gemindert Zurechnungsfähigen geschehen solle. Die Änderung des Strafvollzuges würde vor allem auch bei jugendlichen Individuen ins Auge zu fassen sein; gesonderte Anstalten für diese Kategorie seien nicht erstrebenswert.

Herr Moeli (Berlin): Die Zurechnungsunfähigkeit steht unter den Strafausschliessungsgründen und ist, weil von dem Begriff der staatlichen Reaction auf Rechtsverletzung abhängig, auch von der Auffassung des Zwecks der Maassregeln abhängig. Es ist nicht ausgeschlossen, dass bei den jetzigen Bewegungen in der Auffassung der Strafe und der Aufgaben der Allgemeinheit eine Änderung sich vollzieht, welche in praktischer Hinsicht vielleicht unseren Wünschen die Bahn bricht. Eine bestimmte Formulierung bezüglich der Einführung der geminderten Zurechnungsfähigkeit scheint zur Zeit nicht zweckmässig. Das Bürgerliche Gesetzbuch hat in § 104 bei Berücksichtigung des Ausschlusses der freien Willensbestimmung keine Graduierung geschaffen. Obwohl also eine Abstufung der Geschäftsfähigkeit, entsprechend der geistigen Störung, wie ich glaube, nicht auf den Einspruch stossen wird, wie dies bei einer Teilung der Zurechnungsfähigkeit geschehen ist, hat hier doch nichts der Art stattgefunden. Es ist auch dieser Punkt für die Frage, ob jetzt mit bestimmten Äusserungen vorzugehen sei, nicht ohne Bedeutung. Dadurch wird die Sammlung weiteren Materials natürlich nicht ausgeschlossen — im Gegenteile eher erwünscht erscheinen.

Herr Schaefer (Lengerich) hätte gewünscht, dass die heutige Versammlung sich in ähnlicher Weise wie die vor kurzem in Dresden versammelt gewesene Vereinigung mitteldeutscher Irrenärzte und Juristen sich über einen bestimmten Vorschlag zur Einführung gesetzlicher Bestimmungen über geminderte Zurechnungsfähigkeit vereinigte. Er könne die Scheu vor dem Widerstande von juristischer Seite, welche schon öfter hervorgetreten sei, nicht als begründet ansehen. Die wissenschaftlichen Grundlagen der Lehre von der Zurechnungsfähigkeit seien in der Psychologie zu suchen, welche in der Gegenwart von niemand eifriger gepflegt werde als von den Neurophysiologen und Irrenärzten. Die Einführung von Bestimmungen über geminderte Zurechnungsfähigkeit sei aber über ihren nächsten praktischen



Zweck hinaus von der grössten Bedeutung. Sie schliesse die Notwendigkeit ein, den Begriff der „freien Willensbestimmung" aus dem Strafgesetzbuch zu entfernen, ein Begriff, welcher, in seinem einzig zulässigen wissenschaftlichen (philosophischen) Sinne gefasst, eine Beschränkung der Willensfreiheit, mithin auch die „geminderte Zurechnungsfähigkeit" nicht zulasse. Verschwinde jener Begriff aus dem Gesetzbuche, in welches er nie hätte aufgenommen werden sollen, so könne nicht nur die geminderte Zurechnungsfähigkeit die gebührende Berücksichtigung finden, sondern es sei auch das Haupthindernis für die oft so mangelhafte Verständigung zwischen der Anschauung des Psychiaters und derjenigen des Richters beseitigt, und die Bahn des Fortschritts in allen wichtigen strafrechtlichen Begriffen sei wieder frei. Zugleich mit einer Bestimmung über geminderte Zurechnungsfähigkeit sei daher in § 51 der Ersatz der Worte „freie Willensbestimmung" durch das Wort „Zurechnungsfähigkeit" zu beantragen.

Herr Tuczek (Marburg) hält die Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit für keinen Gewinn, noch weniger die Ersetzung des Wortes „freie Willenbestimmung" durch Zurechnungsfähigkeit, ganz abgesehen von der Klippe, welche die psychiatrische Unreife vieler Gerichtsärzte noch birgt. Die Epileptiker müssen stets auf ihren Geisteszustand untersucht werden, da der epileptische Anfall nur ein Symptom der Neurose darstelle. Jeden Epileptiker mildernd zu beurteilen, sei zu weit gegangen; denn es gebe solche, für welche in der intervallären Zeit durchaus keine Störung der Willensfreiheit im Sinne des Gesetzgebers bestehe. Die Kranken mit Zwangsneigungen und Zwangshandlungen bedürften einer eingehenden Untersuchung in Bezug auf die Intensität der Zwangsvorstellung und das angewandte Maass von Widerstand; auch die Neurastheniker mit ihrer verminderten Nervenkraft seien oft nicht stark genug, um das nötige Maass activen und passiven Widerstands aufzuwenden; er bestreitet, dass es Kranke mit vereinzelten Wahnideen gäbe, diese seien immer das Symptom einer allgemeinen Erkrankung.

Herr Weber (Sonnenstein) ist erfreut darüber, dass die 1887 durch Jolly angeregte, dann aber aus ihm unbekannten Gründen nicht weiter verfolgte Angelegenheit wieder aufgenommen worden ist, stimmt dem Vortragenden im wesentlichen in der Darstellung der Sachlage bei, ist aber auch der Meinung, dass es endlich an der Zeit sei, die practischen Consequenzen aus den ärztlichen Anschauungen und Erfahrungen zu ziehen und die Forderung aufzustellen, dass ihnen in der Gesetzgebung Rechnung getragen werde. Er glaubt, dass das am Zweckmässigsten durch Aufweisung eines gangbaren Weges, durch bestimmt formulierte Vorschläge zu geschehen habe. Bei den früheren Verhandlungen des Vereins habe man eine Änderung der geltenden Bestimmungen namentlich um deswillen für aussichtslos gehalten, weil ihr gesetzestechnische Schwierigkeiten entgegenständen und weil bei der Mehrzahl der Juristen ausgesprochene Abneigung dagegen bestehe, und auch heute wieder sei dasselbe Argument zum Ausdruck gekommen. Es habe daher nahe gelegen, sich ärztlicherseits direct mit competenten Juristen zu verständigen und das sei in der forensisch-psychiatrischen Vereinigung zu Dresden, aus Ärzten und Juristen, meist Criminalisten, zusammengesetzt, geschehen und der im Jollyschen Archiv abgedruckte Gesetzentwurf sei das Resultat der gepflogenen Verhandlungen. Die Juristen hätten ohne weiteres anerkannt, dass es Zustände gebe, die eine besondere strafrechtliche Berücksichtigung beanspruchten, sie seien ferner einmütig der Ansicht gewesen, dass die „mildernden Umstände" dem Bedürfnisse nicht genügten und sich Abhilfe nicht durch Erstreckung der mildernden Umstände auf Delicte, bei denen sie jetzt ausgeschlossen sind, zu suchen sei, sondern durch Erhebung der verminderten Zurechnungsfähigkeit zu einem allgemeinen Strafminderungsgrund. Es hätten aber nicht nur krankhafte und dauernde, sondern auch nicht krankhafte und vorübergehende Zustände (namentlich Affectzustände) berücksichtigt werden müssen, da es strafrechtlich nur darauf ankomme, ob zur Zeit der That die freie Willensbestimmung beeinträchtigt gewesen sei. Es sei zweckmässig erschienen, im Hinblick auf die Art der Strafverbüssung die betreffenden Fälle nach den Grundsätzen der Bestrafung jugendlicher Personen zu behandeln. Eine einfache Herabsetzung der Strafdauer sei von beiden Teilen für unerwünscht gehalten und die Notwendigkeit betont worden, die psychisch minderwertigen Personen die Strafe in besonderen, dem Zwecke speciell angepassten Anstalten verbüssen zu lassen. Endlich seien noch die vermindert zurechnungsfähigen Individuen zu berücksichtigen gewesen, die durch endlos sich wiederholende Rückfälle in gewisse strafbare Handlungen sich und die Gesellschaft schädigen und für die eine Abkürzung der Detinierung natürlich



unzweckmässig ist, für die daher besondere Bestimmungen (Überweisung an die Vormundschaftsbehörde) zu treffen gewesen seien.

Danach habe der gemachte Gesetzvorschlag eine etwas complicierte Gestalt erhalten, er könne auch nicht den Anspruch machen, ohne weiteres annehmbar zu erscheinen, er könne aber immerhin als Beitrag zur Lösung der Erage dienen; damit aber eine solche in die Wege geleitet werde, möchte er den Wunsch aussprechen, dass in der nächsten Versammlung des Vereins darüber beraten und Beschluss gefasst werden möchte, ob und in welcher Form den maassgebenden Stellen ein Vorschlag zu unterbreiten sei, durch welchen der geminderten Zurechnungsfähigkeit Berücksichtigung im Strafgesetzbuch gesichert werde.

Herr Delbrück (Bremen): Die Hauptsache sei: Wie sollen solche „gemindert Zurechnungsfähige" behandelt werden? Bevor man Eingaben an die gesetzgebenden Körperschaften mache, solle man mit den Juristen über diesen Gegenstand verhandeln.

Herr Siemerling (Tübingen) stellt nun einen Antrag dahinlautend, dass von dem Vorstand des Vereins das für die Einführung der geminderten Zurechnungsfähigkeit verwertbare statistische Material zu sammeln und später dem Verein zu unterbreiten sei; es wäre dann eine Commission für die weitere Verarbeitung des Materials zu ernennen.

Herr Binswanger (Jena) ist für den Antrag; er hofft von der Fortsetzung der Diskussion keinen Erfolg.

Herr Cramer (Göttingen) stimmt ebenfalls für den Antrag.

Herr Liebmann, Dr. jur.: Er bittet als Kriminalist schon heute zu der Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit Stellung zu nehmen. Es empfehle sich nicht, wie ein Vorredner betont hat, hiermit zu warten, bis die Juristen mit Vorschlägen kämen. Denn diese, deren Standpunkt heute keineswegs mehr so schroff ablehnend sei, wie dies in der Diskussion behauptet ist, schlagen vielfach das gleiche abwartende Verfahren vor und wünschen erst Erklärungen seitens der Psychiater zu hören. Über drei Punkte könne schon gegenwärtig eine Entscheidung gefällt werden, 1. dass es Zwischenzustände gebe, die weder als Zurechnungsfähigkeit noch als Unzurechnungsfähigkeit zutreffend zu charakterisieren seien. Die Psychiatrie sei, wie auch die heutige Diskussion gelehrt habe, durchaus in der Anerkennung einer derartigen verminderten Zurechnungsfähigkeit einig; 2. dass diese Fälle nach dem geltenden Strafrecht nicht in geeigneter Weise behandelt werden könnten. Namentlich sei das Institut der „mildernden Umstände" hierzu gänzlich untauglich. Denn abgesehen davon, dass diese keineswegs bei allen Delikten zugelassen sind, sei die blosse Zuerkennung einer geringeren Strafe durchaus unzweckmässig, da der verminderten Zurechnungsfähigkeit vielfach eine gesteigerte sociale Gefahr entspreche; 3. dass die geeignete Gegenwirkung hier qualitativ andere Maassregeln neben oder an Stelle der Strafe erfordere. Welchen Charakter diese zu tragen hätten, dafür gebe der schweizerische Strafgesetzentwurf die ersten Anhaltspunkte. Jedenfalls stehe schon heute fest, dass die Strafe selbst den hier notwendigen Erfordernissen nicht entsprechen könne.

Es wäre sehr erfreulich, wenn die Versammlung schon heute zu diesen drei Fragen Stellung nehmen und sich nicht, wie bei früheren Gelegenheiten, begnügen würde einen Antrag auf weitere Materialsammlung der Fälle verminderter Zurechnungsfähigkeit anzunehmen. Die Internationale criminalistische Vereinigung, auf die Delbrück hingewiesen hat, würde gewiss sehr gern in dieser Frage gemeinsam mit den Psychiatern vorgehen.

Herr Weber (Sonnenstein) dankt Herrn Liebmann für die Kennzeichnung des juristischen Standpunktes. Sie bestätige, was er vorhin ausgesprochen, dass bei den Juristen keineswegs die vorausgesetzte Abneigung gegen eine entsprechende Änderung der bestehenden gesetzlichen Bestimmungen obwalte und es wohl gelingen würde, zu einer Verständigung zu gelangen, wenn man sie ernstlich in Angriff nähme. Das Bedürfnis liege seines Erachtens entschieden vor und schon die Thatsache, dass eine ganz erhebliche Zahl von leicht Schwachsinnigen sich in den Strafanstalten vorfände, wo sie nicht hingehörten, sowie die psychische Verfassung so vieler „Rückfälligen" würden genügen es zu erweisen. Man sollte daher ein entschiedenes Vorgehen nicht hinausschieben, und die erforderlichen Unterlagen aus der Litteratur könnten recht wohl bis zur nächsten Versammlung beschafft werden, was aber die geforderte Sammlung von einschlägigen speciellen Fällen anlange, so halte er sie weder für erforderlich noch für practisch durchführbar. Er wiederhole, dass vielbeschäftigte Criminalisten die Vorführung specieller Fälle gar nicht verlangten, vielmehr aus eigener Erfahrung mit ihnen vollständig vertraut seien, und

wie viel Fälle sollten dann zur Beweisführung genügen, 50, 100 oder 500? Jedenfalls würde es nötig sein, die Fälle nicht ephoristisch, wie es schon geschehen sei, vorzuführen, sondern in jedem Falle eine ganz ausführliche, actenmässige Darstellung zu geben, an jeden Fall würde sich wieder eine Kritik knüpfen lassen und ein Ende dieser mühsamen und sicher wenig erfolgreichen Arbeit wäre nicht abzusehen. —

Es wurde schliesslich der Antrag Siemerling angenommen. —

Es folgte der Antrag Koeppens (Berlin) über acute Paranoia; er führte aus, dass es bei verschiedenen Neurosen, bei Alkoholismus und anderen Intoxikationen Zustandsbilder acuter Paranoia gebe, dass eine solche aber auch primär vorkommen könne.

In der Debatte stimmte Fürstner dem Vortragenden bei, während Wernicke meint, dass diese Krankheitsbilder doch schon von Meynert unter dem Namen Amentia beschrieben worden seien.

Siemerling (Tübingen) demonstrierte hierauf mit Hilfe des Projectionsapparats eine Reihe grosser Hirnschnitte und wies auf die Bedeutung der letzteren für eine Untersuchung des Mark- und Rindenfaserschwundes hin; wegen des local verschiedenen Gehalts der Rinde an Fasern seien derartige über die ganze Schnittfläche des Gehirns sich erstreckende Schnitte allein maassgebend; die kleineren durchaus unzureichend. —

Binswanger (Jena) hielt einen Vortrag: Zur Pathologie der postinfectiösen Psychosen.

Werner (Owinsk) stellte in seinem Vortrag: Die öffentliche Irrenanstalt bezüglich ihrer Grösse und Verwaltung, im wesentlichen dieselben Forderungen auf, die in den letzten Jahren schon von verschiedenen Seiten laut geworden. Jetzt errichte man die Anstalten mit Vorliebe in der Nähe von Verkehrscentren, während man sie früher absichtlich abseits von grösseren Städten anzulegen pflegte. Man sollte in Zukunft keine Anstalt für mehr als 600 Insassen bauen, sonst verliere der Direktor die Übersicht über die einzelnen Kranken, seine Erfahrung komme denselben nicht mehr zu gute und seine Verantwortlichkeit könne dann unmöglich bis an den einzelnen Kranken heranreichen. Der Direktor einer grösseren Anstalt sei oft gezwungen, stundenlang seine Unterschrift zu vollziehen; es gehe anderseits aber nicht an, die Verwaltung einem Nichtarzte anzuvertrauen, denn der Hauptzweck sei eben die Behandlung und Pflege der Kranken und darüber könnten nicht zwei Willen walten und schalten. Darum sei der einzige Ausweg, kleinere Anstalten zu errichten. Während für die Privatanstalten Bestimmungen über das Verhältnis der Ärzte zu der Zahl der Kranken getroffen seien, fehlten solche für die öffentlichen leider gänzlich. Auf 100 Kranke müsste ein Arzt kommen; in den Pflegeanstalten genüge das Verhältnis 1 : 150. In Eickelborn in Westfalen käme auf **500** Kranke nur ein Arzt, während Uchtspringe darin mit 9 Ärzten auf 868 Kranke ausserordentlich günstig gestellt sei.

Alt (Uchtspringe) hob in der Diskussion hervor, dass er schon vor drei Jahren auf der Versammlung des niedersächsischen Irrenärztevereins in Übereinstimmung mit diesem Verein 600 als die normale Belegzahl einer Anstalt festgesetzt habe und zwar konnte er sich schon damals mit dieser Auffassung auf die Antworten stützen, welche auf eine diesbezügliche Umfrage von etwa $^5/_6$ aller deutschen Irrenärzte in diesem Sinne an ihn ergangen waren. Bei grösseren Anstalten stelle sich auch nicht einmal die Verpflegung des einzelnen Kranken billiger, weder in Bezug auf die einmaligen Ausgaben wie auf die fortlaufenden. In Uchtspringe koste die Verpflegung für einen Kranken bei einem Bestande von 868 Köpfen täglich 5 Pfennige mehr als wenn die Anstalt nur 500 beherbergen würde. Was Eickelborn anlange, so könne sich der einzige dort vorhandene Arzt nicht einmal ganz ausschliesslich seinen Kranken widmen, sondern habe noch den ärztlichen Dienst in einer $^1/_2$ Stunde entfernten Corrigenden-Anstalt zu versehen.

Heibronner (Halle) demonstriert und bespricht eine senile Kranke, bei der sich nach einem Stadium, das wesentlich einer Korsakowschen Psychose entsprach, unter zunehmender Verblödung allmählich aphasische Symptome entwickelt haben, und erörtert in Kürze die Beziehungen der Demenz zu den aphasischen Erscheinungen. (Der Vortrag wird in erweiterter Form veröffentlicht werden.)

Weygandts (Heidelberg) Vortrag: Psychische Erschöpfung durch Hunger und durch Schlafmangel, brachte im wesentlichen dieselben Mitteilungen über die Art der Associationsbildung bei diesen Zuständen, wie sie in den letzten Arbeiten in Kraepelins „Psychologischen Arbeiten“ veröffentlicht wurden. — In der Debatte hob Hitzig hervor, dass eine Anwendung dieser Versuche auf die Klinik doch noch nicht thunlich sei, dass man beim Schlaf-



mangel eher von Ermüdung als von Erschöpfung sprechen müsse, welche letztere Bezeichnung besser für den Hungerzustand sich eigne.

Rhode (Giessen) teilte in seinem Vortrag: „Über Verwirrtheit", mit, dass er mittels eines ausführlichen Fragebogens, den er herumreichte, in die Lage gekommen wäre, die verschiedenen Krankheitsbilder der Verwirrtheit zu analysieren, so dass es leicht möglich sei, dieselben zu fixieren und zu vergleichen und so eine Differentialdiagnose zu stellen. (Der Vortrag erscheint in dieser Zeitschrift.)

Damit schloss die Sitzung des ersten Tages.

Am 22. April hatten sich morgens 8 Uhr zahlreiche Teilnehmer der Versammlung in der psychiatrischen Klinik eingefunden, einer Einladung des Herrn Geheimrats Hitzig zur Besichtigung derselben folgend; um 9 Uhr wurde die Sitzung fortgesetzt.

Zunächst erstattete Privatdocent Dr. Hoche (Strassburg) sein Referat über den gegenwärtigen Stand der Neuronenlehre. Der Vortragende giebt eine kurze Darstellung der Neuronenlehre in ihrer bis vor kurzem unbestrittenen Form, die ihre Popularität vor allem dem Umstande verdankt, dass die Erfahrungen der Pathologie in ihr eine glückliche Erklärung fanden.

Die neueren Angriffe gegen die Neuronenlehre gipfeln z. T. in der Behauptung, dass die einzelnen nervösen Individuen, die Neurone, nicht nur in Contactbeziehungen treten, sondern eine echte Concrescenz (Held) untereinander eingehen, z. T. in dem als gelungen zu bezeichnenden Nachweise (Apathy, Bethe), dass in den Neuronen in Gestalt durchgehender Fibrillen fremde Bestandteile vorhanden sind, in denen die Anhänger der Fibrillenlehre das wesentliche, leitende, specifische Element des Nervensystemes erblicken. Die Fibrillenlehre findet eine kurze zusammenfassende Darstellung.

An der Hand concreter Beispiele prüft der Vortragende, wie weit feststehende Thatsachen der Pathologie mit den neuen Anschauungen vereinbar sind, und betont besonders die Notwendigkeit, im Interesse der Verständigung die verschiedenen Seiten des Neuronenbegriffes auseinander zu halten.

In folgenden Schlusssätzen fasst er den Standpunkt des Referates zusammen:

1. Der Begriff des Neurones ist nicht mehr in vollem Umfange aufrecht zu erhalten.

2. Durch das Thatsächliche der Fibrillenlehre ist die Annahme der entwicklungsgeschichtlichen Einheit des Neurones nicht erschüttert.

3. Die histologische Einheit des Neurones ist beim erwachsenen Wirbeltier nicht mehr anzuerkennen.

4. Die Erfahrungen der menschlichen und der tierexperimentellen Pathologie nötigen uns, an der trophischen und functionellen Einheit des Neurones festzuhalten, die durch das Aufgeben der histologischen Einheit nicht ausgeschlossen wird.

An der Discussion beteiligten sich die Herren Binswanger und Pick; ersterer bestätigte, dass in der Gehirnsubstanz neben den Nerven- und Neurogliazellen und -Fasern noch etwas, eine Art Grundsubstanz, übrig bleibe, wie er schon gelegentlich seiner histologischen Untersuchungen bei progressiver Paralyse beobachtet habe.

Facklam (Lübeck) demonstriert mit Hilfe des Projectionsapparates Rückenmarkspräparate eines Falles von Compressionsmyelitis nach Wirbelfractur, der klinisch die Symptome einer unvollständigen Leitungsunterbrechung in der Höhe des VIII. Hals- und I. Brustsegments gemacht und noch fast fünf Jahre nach der Verletzung gelebt hatte. (Der Vortrag wird in extenso an anderer Stelle erscheinen.)

Es folgt Bruns (Hannover) mit seinem Vortrag: „Über die Erkrankungen der Sehnerven im Frühstadium der multiplen Sklerose." Bruns hat unter etwa 5000 Nervenkranken 70mal die Diagnose multiple Sklerose gestellt, $= 1^1/_3\,\%$; davon hatten 20 Sehstörungen, also nicht ganz 30%. Von diesen 70 Diagnosen kann er aber nur 38 als sichere bezeichnen; davon 20 mal Sehstörungen, = über 50%. Als erstes Symptom erschienen die Sehstörungen in 14 Fällen von Bruns, also in über 30%, das ist mehr als das Doppelte als Oppenheim gefunden hat und beweist wohl die Wichtigkeit der Thatsache. Von den 38 sicheren Diagnosen betrafen 25 Frauen = 70%. In drei Fällen waren fast ganz isolierte Sehstörungen der ausgeprägten Sklerose jahrelang vorangegangen (zweimal Stauungspapille, einmal Amblyopie und Dyschromatopsie); die Diagnose blieb in allen drei Fällen lange Zeit unsicher. Die Sehstörungen gingen den übrigen Symptomen im äussersten Falle 12 Jahre voraus, in anderen dagegen nur einige Monate. — Verwechslungen können leicht stattfinden mit Gehirntumor, auch mit Hysterie (letzteres bei Sehstörungen ohne ophthalm. Befund). Prognostisch wichtig ist, dass man geheilte Fälle retrobulbärer oder papillärer Neuritis nicht zu günstig beurteilt,



namentlich bei Jugendlichen, und wenn Rückfälle kommen, soll man an multiple Sklerose denken.

Vogt (Berlin) führt in seinem Vortrag „Zur Projektionsfaserung des Grosshirns“ aus, dass secundäre Degenerationen beim Kaninchen die Nichtexistenz jener ungleichen Verteilung der Projectionsfaserung beweisen, wie sie Flechsig jüngst vom Hamstergehirn behauptet hat. Das Carnivorengehirn weist dem menschlichen Gehirn homologe „Associationscentren“ im Flechsigschen Sinne auf. Diese Centren stehen in der Zahl ihrer Projectionsfasern nicht nachweisbar hinter frühmarkreifen Centren zurück. Das parietale spätreife Centrum enthält sicher, das frontale wahrscheinlich neben centrifugal auch centripetal degenerierende Fasern.

Der von Flechsig und Döllken jüngst auf Grund ungenauer Beobachtungen gemachte Versuch, die Associationslehre zu stützen, ist als durchaus verfehlt anzusehen. Soweit vergleichend-anatomische Schlussfolgerungen auf das menschliche Gehirn berechtigt sind, sprechen sie gegen die von Flechsig behauptete Ungleichwertigkeit der verschiedenen Rindenabschnitte.

Wattenberg (Lübeck) berichtet über einen Fall von genuiner Epilepsie, die allmählich in progressive Paralyse übergegangen war und bei welcher Trauma, Potus und Lues als ursächliche bezw. auslösende Momente ausgeschlossen werden konnten. Nach Mitteilung der Litteratur der letzten 30 Jahre kommt er zu folgenden Schlusssätzen: 1. Beweist der mitgeteilte Fall, dass die genuine Epilepsie der progressiven Paralyse vorangehen und fliessend in sie überleiten könne; 2. zeige er, dass die progressive Paralyse nicht an das Voraufgehen einer Lues gebunden sei, vielmehr endogen, auch ohne solche, zur Entwicklung gelangen könne; 3. lege er die Annahme nahe, dass es sich in Anbetracht der klinisch und nach neueren Untersuchungen auch der pathologischen Anatomie in vielen Punkten ähnlichen Krankheitsbilder, bei der genuinen Epilepsie wie bei der progressiven Paralyse um pathologisch nahe verwandte endogene Stoffwechselerkrankungen handeln müsse, die in einem ab origine dazu disponierten Körper auftreten.

Die Vorträge von Hänel und Alt mussten der vorgerückten Zeit wegen ausfallen.



Kleine Mitteilungen.

— **Eine ebenso geistreiche wie vernichtende Abfertigung** wurde dem M. d. R. Singer für den von ihm verübten Missbrauch seiner criminal-anthropologischen Kenntnisse zu teil. Es handelt sich um die Äusserung, welche v. Bergmann in dem kürzlich stattgefundenen Prozess gegen die Schwester Carola gethan. Herr Geh. Medizinalrat Professor Dr. von Bergmann sandte der „National-Zeitung“ folgende Zuschrift: In der letzten Stadtverordneten-Versammlung hat Herr Reichstags-Abgeordneter u. s. w. Singer sich in einer Weise mit meiner Person beschäftigt, die der Zurechtstellung bedarf. Zunächst findet Herr Singer eine unverkennbare Ähnlichkeit meiner Gesichtszüge mit den Abbildungen einiger Verbrechertypen in Lombrosos Werken. Es wäre nicht in meinem Interesse, dem zu widersprechen, denn die Wahrheit von Singers Beobachtungen würde ohne weiteres beweisen, wie richtig meine Stellung in dem Prozesse der Schwester Carola gewesen ist. Ich bin nämlich, obgleich schon längst erwachsen, nicht zum Verbrecher geworden. Die vortreffliche Erziehung, deren ich mich zu erfreuen hatte, mag das verhütet haben. Dementsprechend bekannte ich auch vor dem Schöffengericht, „dass ich nicht so weit wie Lombroso gehe“, vielmehr eine Anlage, und selbst eine so grosse wie beim Knaben Steiner für reparabel halte. Das ist ein notwendiges Ergebnis der Erfahrungen, die Herr Singer an meiner Person gewonnen hat. Eben deswegen durfte ich auch das Rohrstöckchen, mit dem die korrigierenden 20 Schläge — nur so viele sind erwiesen — appliziert worden, für nicht zu schwer und die blauen Flecke und Hautabschürfungen — nichts anderes ist bescheinigt — für nicht so schlimm erklären. Das Zeugnis des Lehrers aus der Schule schloss jede unmittelbare, das der beiden sachverständigen Ärzte jede spätere Schädigung des Knaben aus. Man giebt die Rute nicht, um Empfindungen des Wohlbehagens, sondern um Schmerzen hervorzurufen. Wo diese aber nach Schlägen sich einstellen, erscheinen auch die Blutunterlaufungen, Striemen in der Haut, welche ungefähr zwei bis drei Wochen bestehen, ehe sie vergehen, wie die Geschichte des „blauen Auges“ jedermann lehren kann. Das war mein Gutachten, welches Herrn Singer so barbarisch klingt, dass er zu seiner Erklärung auf meinen russischen Ursprung weist, indem er ein bekanntes geflügeltes Wort falsch citiert. Mag sein, dass Herr Singer sich zu Untersuchungen über die Reinheit germanischen Blutes besonders qualifiziert



fühlt, ich bin doch urkundlich Deutscher. Der Mann, auf den ich mein Geschlecht zurückführe, stand im Dienste des Kurfürsten Georg Wilhelm und seit mehr als 100 Jahren sind meine Vorfahren in die deutsche Adelsliste eingetragen. Wäre ich Russe, ich würde mich der Verwandtschaft eines Turgenjeff und eines Pirogoff nicht schämen. Mehr Grund hätte Herr Singer gehabt, mich zu einem Juden zu stempeln, denn thatsächlich bekenne ich mit einem der grössten Moralisten dieses Volkes: „Wer sein Kind lieb hat, der hält es stets unter der Rute, dass er hernach Freude an ihm erlebe. Wenn einer sein Kind ziehet, das verdriesst seinen Feind. Wer aber seinem Kinde zu weich ist, der klagt über seine Striemen. Bläue ihm den Rücken, dieweil es noch klein ist, auf dass es nicht halsstarrig und ungehorsam werde." (Kap. 30, Vers 1 ff.) Ich glaube nicht, dass Jesus Ben Sirach seine Ansicht über den Wert der Rute und Striemen im Anblicke des Gesindels, welches 2000 Jahre später die Vorhöfe des Kriminalgerichts im Prozesse Guthmann füllt, Singer zulieb geändert hätte! Es ist nicht angenehm, wenn der See tobt und will sein Opfer haben, dem Geifer seiner schmutzigen Wellen stand zu halten, aber es ist Pflicht. Gedrängt habe ich mich zum Sachverständigen vor den Potsdamer Schöffen nicht, da ich aber einmal zur Stelle war, gab ich meinem Wissen und Gewissen auch den unzweideutigen Ausdruck, unbekümmert, ob Herr Singer „Kreuzige ihn" oder „Hosianna" schreien würde."

— **Die diesjährige Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte** wird am 3. und 4. Juni in Baden-Baden stattfinden.

— Die Stadt **Leipzig** erbaut in der Nähe des ca. 6,5 km von Leipzig entfernten Dorfes Dösen eine „Heil- und Versorganstalt". Die Anstalt wird zur Zeit zur Aufnahme von 1056 Personen eingerichtet und zwar: 472 Irrensieche, 324 körperlich Sieche, 44 blödsinnige und sieche Kinder und 116 Genesende. Letztere Abteilung soll zur Entlastung des städtischen Krankenhauses dienen. Die Wirtschaftseinrichtungen werden auf rund 1400 Personen bemessen. Das Areal ist 23 ha gross.

— **Dresden.** Die sächsische Staatsbahnverwaltung hat mehrere Fahrstühle zum Krankentransport angeschafft, die auf Anmeldung unentgeltlich zur Verfügung gestellt werden und bei Reisen kranker oder gebrechlicher Personen das Umsteigen von einem Zug in den anderen erleichtern sollen.

— **Hamburg.** An der Irrenanstalt Langenhorn sollen 8 neue Gebäude mit einer gemeinsamen Niederdruck-Dampfheizung versehen werden.

— **Bamberg.** Der Magistrat hat die Einrichtung eines neuen grossen Pavillons im Garten des städtischen Krankenhauses genehmigt und zu diesem Zweck die Summe von 400 000 Mk. bewilligt. Hiervon treffen 260 000 Mk. auf den Bau, 140 000 Mk. auf die Heizanlage und die innere Einrichtung.

— **In Feldhof** wurde am 26. April mit dem Neubau des die beiden Seitenflügel verbindenden „Nottraktes" begonnen, der für 80 Kranke Raum gewähren soll.

— **Die nächste allgemeine Versammlung der Medico-Psychological Association of Great Britain and Ireland** findet am 11. Mai in den Räumen der Gesellschaft in London, W., 11 Chandos Street statt.

— **Die Jahresversammlung des englischen Hilfsvereins für entlassene Geisteskranke** (the After-Care Association) tagte unter dem Vorsitz von Sir S. Wilks, F. R. S., in dessen Hause Brook Street, Grosvenor Square. Der Secretär, Thornhill Roxby, berichtete, dass die Zahl derer, welche der Fürsorge teilhaftig geworden, beträchtlich gestiegen ist (von 147 im Jahre 1897 auf 186 im Jahre 1898; die Kosten von 561 Pfd. im Jahre 1897 auf 652 im Jahre 1898); dementsprechend sind auch die Erfolge bedeutendere gewesen. — Ansprachen an den Verein wurden gehalten von Sir S. Wilks, vom Bischof von Islington, vom Archediakonus von Essex, sowie von Dr. Savage, Blanford und Clayce Shaw.

(Journ. of Ment. Science.)

— **Dublin.** Auch in Irland beabsichtigt man ernstlich das anderwärts so segensreiche System der familiären Irrenpflege einzuführen. Insbesondere der Direktor des Königlichen Richmond Asylum hierselbst, Dr. Conolly Normann, ist ein sehr warmer Freund der Familienpflege und gedenkt eine solche unter Anlehnung an die bewährten Muster des Auslandes auch trotz des mehrfach dagegen erhobenen Widerspruchs schon bald zu eröffnen.

— Das Journal of Mental Science, April 1899, berichtet von **zwei Anstaltsbränden,** welche im verflossenen Quartal in England stattgefunden haben. Bei dem einen, in Flower House, kam ein Kranker ums Leben und bei dem andern, in Aberdeen im Anstaltswaschhaus, wäre der Ausgang ein viel verhängnisvollerer gewesen, wenn nicht die beiden Assistenzärzte Drs. Matthews und Moir rechtzeitig und energisch eingegriffen hätten. Dadurch, dass die Telephonanlage, welche von der National Telephone Company speciell für den Fall eines Brandes installiert war, nicht funktionierte, ging viel Zeit verloren und wurde viel Schaden angerichtet. Ein Kranker, der bereits der Gefahr des Verbranntwerdens glücklich entronnen war, kehrte noch einmal zur Brandstätte zurück, um seine Sachen zu holen und kam im Feuer um.

— Der vom Verein der deutschen Irrenärzte **preisgekrönte „Leitfaden für Irrenpfleger"** des Herrn Dr. Scholz erscheint demnächst im Verlage von Carl Marhold in Halle a. S.

Personalnachrichten.

(Um Mitteilung von Personalnachrichten etc. an die Redaktion wird gebeten.)

Die neugeschaffene Stelle des III. Arztes an den Anstalten Düren und Grafenberg wurde den bisherigen ersten Assistenzärzten der Anstalten Aachen bezw. Andernach Dr. Flügge und Dr. Werner zum 1. April übertragen. Versetzt wurden am 1. April die Assistenzärzte: Dr. Asthöver von Düren nach Grafenberg, Dr. Ennen von Andernach nach Grafenberg, Dr. Keulenich von Grafenberg nach Aachen, Dr. Orthmann von Grafenberg nach Merzig. In Andernach trat als II. Assistenzarzt ein: Dr. Siebert, bisher in Lengerich.

Westpreussen: Landesrat Hinze, Decernent des westpreussischen Irrenwesens, ist zum Landeshauptmann an Stelle des verstorbenen Landeshauptmanns Jaeckel gewählt und seine Wahl Allerhöchst bestätigt worden.

Baden: In Freiburg i. Br. hat sich Dr. Pfister als Privatdocent für Psychiatrie habilitiert.

Steiermark: Dr. Noë v. Nordberg ist von Feldhof nach Wien (Privatheilanstalt Swetlin) übersiedelt; an seine Stelle trat Dr. Paul Ulrich.

Württemberg: Assistenzarzt Dr. Renz, K. Heil- und Pflegeanstalt Weissenau, ist aus dem Dienst geschieden.

Bücherschau.

De indeeling der psychische degeneratieteekens; door H. Buringh. Boekhoudt. Psychiatr. en neurol. Bladen. 4. blz. 328. Juli 1898.

B. B. schlägt folgendes Schema für die Einteilung der psychischen Degenerationszeichen vor: 1. Erscheinungen psychischer Defekte. 2. Erscheinungen von Störung des Gleichgewichts. 3. Erscheinungen erhöhter Suggestibilität. 4. Erscheinungen ungenügenden psychischen Widerstandsvermögens. 5. Obsessionen und Impulse. 6. Solitäre Psychosesymptome (Symptome der Melancholie, der Manie, der Paranoia, der Hysterie, der Epilepsie). Nach B. B.s Meinung können, wenn auch nicht alle, so doch bei weitem die meisten Degenerationszeichen in diesen sechs Hauptgruppen untergebracht werden.

Walter Berger.

Om privatforpleining af Sindssyge; af C. J. Borge. Tidsskr. f. d. norske Lägefoten. XIX. 2. S. 27. 1899.

Durch die Aufnahme von unheilbaren Geisteskranken in die Irrenanstalten und die dadurch entstandene Überfüllung dieser, so dass man nicht allen Kranken die nötige Aufnahme gewähren kann, ist man in Norwegen gezwungen, viele Kranke in Privatpflege zu lassen, der, da sie nicht organisiert ist, mancherlei Mängel und Missstände anhaften, namentlich kann bei den in Privatpflege befindlichen Kranken Aufsicht und Behandlung nicht so zweckmässig sein, wie in einer Anstalt, und deshalb ist die Aussicht auf Heilung bei den meisten fast ganz ausgeschlossen. Die Einrichtung von Pflegeanstalten, die die Heilanstalten entlasten, ist demnach, wie B. hervorhebt, dringend notwendig.

Walter Berger.

Herman Major og sindssygeloven; af Henrik A. Th. Thedichen. Tidsskr. f. d. norske Lägefoten. XVIII. 16. S. 437. 1898.

Herman Wedel Major, der Vater des norwegischen Irrengesetzes und der Gründer des Asyls Gaustad (geb. 1814), wurde, nachdem er auf wiederholten Reisen das Irrenwesen in Deutschland und Frankreich gründlich studiert hatte, damit betraut, die Anlage und den Bau der Irrenanstalt Gaustad zu überwachen, und war zum Direktor dieser Anstalt ausersehen, nahm aber, von einer seine Thatkraft lähmenden Melancholie befallen, ein Jahr vor der Eröffnung den Abschied und fand beim Untergange eines Schiffes, auf dem er im Begriffe war, nach Amerika auszuwandern, mit seiner Familie den Tod im Atlantischen Ozean. Er hatte die Überzeugung gewonnen, dass eine befriedigende Ordnung des Irrenwesens nur dadurch möglich sei, dass der Staat die Sache ganz in die Hand nehme, dass durch gesetzliche Bestimmungen alle Geisteskranken unter dieselben Hauptbedingungen gestellt und grosse, wissenschaftlich geleitete und zeitgemäss eingerichtete Heilanstalten gegründet würden. Ohne Zweifel hatte Major einen bedeutenden Anteil an der Ausarbeitung des mit streng wissenschaftlichem Geiste angelegten und mit grossem praktischen Sinn ausgeführten norwegischen Irrengesetzes; er war bestrebt, die Aufnahme in eine Irrenanstalt so leicht wie möglich zu machen, und demgemäss enthält das Gesetz auch nur die kurze Bestimmung, dass bei verlangter Aufnahme eines Geisteskranken der Arzt der Anstalt dessen Geisteszustand untersuchen und bestimmen soll, ob die Aufnahme für den Kranken zweckmässig oder für die öffentliche Sicherheit notwendig erscheine, wenn gegen diesen Ausspruch Zweifel erhoben werden, soll eine Kontrollkommission die Entscheidung treffen. Für die Pflege und Behandlung schreibt das Gesetz nur die Grundzüge vor, die durch den weiteren Fortschritt der Wissenschaft nicht verändert werden können, alle anderen Bestimmungen den Regulativen der einzelnen Anstalten überlassend. Von Pflegeanstalten wollte Major nichts wissen, obwohl sich ihre Notwendigkeit neuerdings herausgestellt hat. Kennzeichnend für die tiefe Erkenntnis Majors ist der Ausspruch, dass man bis zu seiner Zeit ein Symptom mit der Krankheit verwechselt, die Delirien studiert habe und nicht die Geisteskrankheiten.

Walter Berger.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 4. 13. Mai **1899.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal ℳ 4,—.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog No. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Die Bettbehandlung der Geisteskranken.

Von Dr. *J. Salgó*, Chefarzt der kgl. ung. Staats-Irrenheilanstalt in Budapest.

Einen Trost für die mageren wissenschaftlichen Erfolge, welche die Psychiatrie trotz heissen Bemühens aufweisen kann, bietet der stetige Fortschritt in der praktischen Irrenfürsorge. Vielleicht auf keinem Gebiete der praktischen Heilkunde besteht ein solches Missverhältniss zwischen ungenügender theoretischer Entwicklung und ebenso stürmischer als heilsamer praktischer Bethätigung, wie auf dem der Irrenheilkunde. Während Fragen ätiologischer, diagnostischer und pathologisch-anatomischer Natur heute noch ebenso einer endgültigen Lösung harren, wie vor Jahrzehnten, schreitet die Irrenpflege und Behandlung in zielbewusster Weise stetig fort auf der Bahn, welche die vorahnende Erkenntniss der Krankheitszustände und die Psychiatrie als ein Kapitel der allgemeinen Medicin ihnen vorschreibt.

Die Bettbehandlung ist eine neuerliche Siegesstation auf diesem Wege; deren Bedeutung und Erfolg ist, wie ich glaube, noch nicht nach Gebühr gewürdigt. Ihre Bedeutung äussert sich nach zwei Richtungen in gleich vortheilhafter und heilsamer Art: sie ist in demselben Maasse eine Wohlthat für die Kranken, wie für deren Aerzte.

Zur Erhärtung des Gesagten mögen die wenigen folgenden Daten dienen. Bei einem Krankenbestande von rund 500 und einer Aufnahme von 447 Männern, unter welchen, da die Aufnahmen direkte sind, acute Fälle (frische maniakalische und melancholische Aufregungszustände, Deliranten u. s. w.) in grosser Anzahl zur Aufnahme gelangen, standen und stehen 32 Isolirräume, wie ich die Zellen euphemistisch nennen will, zur Verfügung. Als auffälligste Thatsache springt nun in die Augen, dass, während vor der Bettbehandlung die Isolirräume nie genügten, seit Einführung derselben die letzteren nahezu überflüssig geworden sind, obwohl von den 32 Zellen zwanzig vollständig ausser Gebrauch gesetzt und unzugänglich gemacht wurden. Von den übrig gebliebenen zwölf Zellen sind zwei bis vier in der Weise benutzt, dass besonders unverträgliche oder sonst sehr störende Kranke, oft auf ihr ausdrückliches Verlangen, bei offen stehenden Thüren in dem Isolirraume liegen. Es vergehen viele Monate, ohne dass ein Kranker für ein bis zwei Stunden im älteren Sinne des Wortes isolirt, d. h. eingeschlossen wird. Es versteht sich von selbst, dass andere



Beschränkungsmittel nicht in Verwendung stehen und während meiner Amtsthätigkeit nie standen. Die Zahl der Isolirräume wurde durch eingestellte eiserne Bettstellen, wie sie auf den anderen Abtheilungen in Gebrauch sind, reichlich ersetzt, indem auf jeder Isolirabtheilung (es sind deren zwei) 25 Bettstellen zur Aufstellung kamen, die jedoch bei der constanten Ueberfüllung nie genügen und durch Lagerstätten auf dem Fussboden complettirt werden müssen.

Doch ist damit allein die Wirkung der Bettbehandlung auf den Abtheilungen für unruhige Kranke nicht erschöpft. Mehr noch als das Aufhören der Isolirungen fällt in die Waagschale, dass der unsagbar trostlose Anblick, den die unreinen, schmierenden und halb- oder ganz nackten Kranken in der Isolirung boten, vollständig aufgehört hat. Die Sorge um diejenigen, die ihre Kleider zerreissen, die Wände beschmieren und zerstören, an den Thüren hämmern, ist seit der Bettbehandlung nicht vorhanden. Seit mehr als $2^1/_2$ Jahren sehe ich solche Kranke nicht mehr. Und der Zeitraum ist wohl zu lang und die Aufnahmezahl und Ueberfüllung gerade in den letzten Jahren viel zu gross, als dass angenommen werden könnte, dass das Krankenmaterial eine solche gründliche Veränderung zum Besseren erfahren haben sollte, die ganz zufällig die Bettbehandlung durchführbar macht. Ueberdies stehen mir genügend ältere Fälle zur Verfügung, welche vor der Bettbehandlung durch Tage und Wochen isolirt gehalten werden mussten, seither aber dauernd oder wegen vorübergehender Aufregung im Bette bleiben. Epileptiker mit postparoxysmaler Erregung, Demente mit periodischen Tobsuchtszuständen verbringen diese Phasen jetzt im Bette, während sie vorher zu den unnahbarsten und unangenehmsten Zelleninsassen gehörten. Insbesondere ein Fall von terminalem Blödsinn, der durch zehn Jahre weder Kleider, noch Wäsche, noch eine Bettstelle oder auch nur Bettzeug in seiner Zelle duldete, die er in grauenerregender Weise beschmutzte, so lange auf der Isolirabtheilung kein Bett zur Verfügung stand, ist, seit er vor zwei Jahren gewaltsam aus der Zelle und ins Bett gebracht wurde, ein sehr erträglicher Bettkranker geworden, der nur hier und da noch seine Wäsche für kurze Zeit abwirft.

Aber nicht nur auf der Isolirabtheilung zeigt sich die segensreiche Wirkung der Bettbehandlung, sondern auch auf allen anderen Abtheilungen. Vor allem sind sämmtliche Räume äusserlich reiner und ruhiger geworden. Der deprimirende Eindruck der langen Corridore, die von zwecklos umherwandelnden und kauernden Kranken wimmelten, ist geschwunden. Die grauenvollen Gestalten schlürfender, taumelnder Paralytiker und Epileptiker, die unordentlichen, schlecht gekleideten, halb unreinen terminal Blödsinnigen, sowie die jedes menschliche Empfinden beschämenden und verletzenden Gestalten der apathischen, stuporösen Kranken beleben nicht mehr in so trostloser Weise die Gänge der Anstalt und geben ihr nicht den abstossenden Charakter grosser überfüllter Räume, deren Heilzweck kaum mehr zu erkennen war. Sie alle liegen, Saal an Saal, in reinen Betten und machen auch äusserlich aus der Irrenanstalt das, was sie sein muss — ein Krankenhaus. Dass das zweifellos besser dem ärztlichen Empfinden entspricht, als die früheren Belagsverhältnisse, bedarf wohl keiner besonderen Beweisführung. Es steht wohl ausser Frage, dass es dem ärztlichen Pflichtenkreise und Anstande angemessener ist, von Bett zu Bett zu gehen, als von Zelle zu Zelle, oder als an den geschilderten traurigen Gestalten während der ärztlichen Visite vorüberzuhuschen. Sowie es dem zum Bewusstsein erwachenden Kranken wohlthätiger und förderlicher sein muss, sich im Bette, als in der Zelle zu finden.

Doch sind das immer noch rein äusserliche Momente, wenngleich sie in grossen Anstalten schwer in die Waagschale fallen. Wichtiger aber ist die essentielle, therapeutische Bedeutung der Bettbehandlung. Und da muss ich vor Allem constatiren, dass bei Behandlung der acuten und heilbaren Psychosen meiner Erfahrung nach keinerlei ärztliches Eingreifen sich mit derselben auch nur vergleichsweise messen kann. Vor allem anderen erreicht die motorische Unruhe in der Bettlage der Kranken niemals jene Höhe, wie ohne dieselbe. Wenn auch jeder hyperkinetische Kranke im Beginne sehr oft das Bett verlässt und mit unermüdlicher Geduld immer wieder in dasselbe zurückgebracht werden muss, so gewöhnen sie sich doch alsbald an das Bett; jedenfalls aber giebt es viele Stunden im Tage, welche die Kranken ohne jede Nöthigung ruhig liegen und auch am Tage schlafen. Sowohl bei jugendlichen maniakalischen, als auch bei anxiös unruhigen melancholischen und depressiv hypochondrischen Kranken ist die beruhigende, schlafmachende Wirkung der Bettlage ganz unzweifelhaft. Ihr körperlicher Zustand ist viel befriedigender, der Ernährungszustand unleug-



bar bedeutend besser als früher. Das Vorurtheil der schlechteren Ernährung und mangelhafteren Assimilation bei nicht genügender körperlicher Bewegung ist ja übrigens durch die Erfolge der Mastkuren schon längst richtig gestellt.

Ganz besonders prägnant zeigen dies die Fälle von acuter hallucinatorischer Verwirrtheit, deren Prognose quoad vitam allgemein als zweifelhaft hingestellt wurde, und ich selbst hatte im Laufe vieler Jahre oft genug Gelegenheit, mich von dem bedrohlichen Verlaufe der Amentia (Meynert) zu überzeugen. Seit Durchführung der Bettbehandlung ist das anders geworden: ich habe seither keinen Fall von acuter Verwirrtheit verloren. Die gefürchteten Zustände von raschem körperlichen Verfall und letaler Erschöpfung im Verlaufe der genannten Psychose kommen nicht mehr zu meiner Beobachtung.

Dass stuporöse und apathische Kranke, Paralytiker mit etwas vorgeschritteneren Lähmungen, sowie die meisten Epileptiker mit häufigeren Attaquen am besten im Bette bleiben, liegt wohl auf der Hand. Ihre körperliche Pflege ist da leichter und vollkommener durchzuführen, als ausserhalb des Bettes.

Doch will ich auch die grosse disciplinare Gewalt der Bettbehandlung nicht unerwähnt lassen. Jeder Irrenarzt mit grossem Krankenmaterial kennt die Leiden und Sorgen zur Genüge, die querulirende paranoische Kranke, chronische Alkoholisten, imbecile Kranke mit und ohne periodische Aufregungszustände durch Unverträglichkeit, Renitenz, Verschwörungssucht und Fluchtbestrebungen fortwährend bereiten. Ich kann nun nach meinen Erfahrungen versichern, dass die Anstalt kein ruhigeres, ärztlicheres, aber auch kein wirksameres Mittel gegen diese Anstaltsplagen besitzt, als die Bettbehandlung. Alles, was gegen die genannten Störenfriede des Anstaltslebens, entgegen der Ueberzeugung und der eigentlichen Aufgabe der Anstaltsärzte, zum Schutze dieser Kranken selbst und ihrer Umgebung in Anwendung gebracht werden musste, steigerte in der Regel die Uebelstände, indem es die Kranken zu fatalen Reactionen reizte. Der Bettbehandlung scheint der Stachel zu fehlen, der den früheren Maassnahmen den Charakter von disciplinaren Repressalien verlieh; zum mindesten löst sie die unangenehmen Reactionen von Seite der Kranken nicht aus und macht sie doch in höchst wohlthätiger Weise hilflos und nimmt ihnen einen grossen Theil ihrer Aggressivität — ein nicht zu unterschätzender Erfolg einer so milden, humanen und vor allem ärztlichen Maassregel.

Im Verlaufe der progressiven Einführung der Bettbehandlung machte mir nur die Sommerszeit einige Bedenken. Während es einleuchtend war, dass die Kranken wenig oder nichts verlieren, wenn sie, anstatt auf den Corridoren und Gängen umherzuwandeln, zu Bette sind, schien es fraglich, ob sie den Ausfall des regelmässigen täglichen Gartenbesuches ohne Schaden ertragen würden. Die Erfahrung beruhigte mich auch darüber. Die hygienischen Verhältnisse der Bettlage in constant und ausgiebig gelüfteten Räumen erwies sich als zuträglicher, wie das Umherkauern und Wälzen auf staubigem Gartengrund, der ja naturgemäss keinen compakten Rasen ansetzen kann. Die Morbidität und Mortalität ist wesentlich gesunken und insbesondere ist seither die Tuberculose eine ausnahmsweise Erkrankung geworden, während sie vorher ein nicht unbeträchtliches Contingent der Todesfälle gab. Allerdings wirkten in diesem Punkte neben der Bettbehandlung auch noch andere Momente helfend mit, so insbesondere die Entfernung der weichen Dielen und deren Ersatz durch Parquetboden, sowie die gründliche Aenderung der Krankenspeisung.

Es wirft sich nunmehr die Frage auf: hat die Bettbehandlung irgend welche besondere Indicationen mit Beziehung auf die einzelnen Erkrankungsformen und welches sind diese?

Schon aus dem Bisherigen dürfte hervorgegangen sein, dass die Bettbehandlung nicht als Heilmittel gegen eine Krankheit gedacht und ausgeführt wurde. Im Ganzen entspricht sie der logischen ärztlichen Forderung, dass Kranke ins Bett gehören, sowie kein besonderer Grund vorhanden ist, sie umhergehen zu lassen. Ein solcher Grund ist vor allem die Arbeitsfähigkeit und Arbeitslust. Regen sich diese mit dem Eintritte der Reconvalescenz oder mit dem Wegfalle der acuten, störenden Symptome, dann endet die Bettbehandlung. Und ich habe die Ueberzeugung, dass in nicht zu ferner Zeit sämmtliche Anstalten nur zweierlei Kranke beherbergen werden: bettlägerige und arbeitende, wobei unter arbeitenden Kranken selbstverständlich nicht nur solche zu verstehen sind, welche landwirthschaftliche oder Handwerksarbeiten verrichten, sondern solche, die überhaupt mit ihrem Umhergehen irgend einen Zweck der Beschäftigung oder Zerstreuung verbinden.

Man kann auch nicht behaupten, dass die Bett-



behandlung gegen das eine oder andere Krankheitssymptom sich richtet, dass sie etwa vornehmlich gegen die motorische Aufregung zur Anwendung kommen kann; denn sie erwies sich gegen Depressions- und stuporöse Zustände von mindestens ebenso werthvoller Bedeutung. Allerdings möchte ich die Bettbehandlung nicht für eine Panacee hinstellen, die bestimmt wäre sämmtliche psychotische Zustände in der kürzesten Zeit der Heilung zuzuführen. Aber sie tritt dem Heilungsprocess gewiss nicht hindernd in den Weg, sie fördert ihn eher; sie mildert die Aufregungszustände jeder Provenienz und macht sie für die Kranken wie für deren Umgebung erträglicher; sie ermöglicht eine bessere, entsprechendere Pflege der Kranken, besonders in grossen Anstalten; sie giebt den Irrenanstalten den äusserlichen und innerlichen Charakter eines Krankenhauses und macht jedes Zwangsmittel überflüssig.

Was den letzten Punkt betrifft, dürften überempfindliche Seelen, deren es in der Psychiatrie immer giebt, finden, dass auch die Bettbehandlung eine Art von Zwang involvire. Ich möchte jedoch zu bedenken geben, dass ich es für einen nicht hoch genug zu veranschlagenden Fortschritt betrachte, wenn schon das Liegen unserer Kranken in blanken, reinen Betten zu den Zwangsmitteln gerechnet wird. Und ich möchte weiter darauf aufmerksam machen, dass das völlig zwangsfreie Sichausleben auch für die Geistesgesunden doch nur eine Illusion ist, in deren Verwirklichung wahrscheinlich Niemand den Idealzustand erkennen würde.

Vielfach wurde der Vorwurf erhoben, dass die Bettbehandlung nur mit einer Verstärkung des „chemischen Zwanges“ aufrecht erhalten werden könnte. Und es sind mir Aussprüche von Fachcollegen bekannt, in welchen mit stolzer Genugthuung betont wurde, dass sie weder Morphin, noch Chloral und am allerwenigsten die „chemische Zwangsjacke“, das Hyoscin bei ihren Kranken gebrauchen. Allem anderen voran muss ich meiner Erfahrung gemäss feststellen, dass ich seit Einführung der Bettbehandlung nicht mehr von den erwähnten Mitteln gebrauche. Ich kann auf Grund genauer Aufzeichnungen weiter gehen und sagen, dass ich die erwähnten Medicamente weniger benütze, dass das Bedürfniss nach denselben entschieden und wesentlich herabgemindert ist. Trotz alledem aber betrachte ich es nicht als die Aufgabe der ärztlichen Behandlung, möglichst wenig Arzneimittel zu verwenden, vorausgesetzt, dass die zur Verwendung gekommenen nicht abträglich sind. Es scheint mir eine völlige Verkennung unserer Aufgabe zu sein, wenn man es perhorrescirt auf medicamentösem Wege zu erreichen, was auf anderem nicht zu erreichen ist. Endlich üben wir ja mit jedem Medicamente einen Zwang auf den Organismus aus und die Frage ist nur, ob wir damit zeitweilig dem Organismus Förderliches leisten. Wer wollte das Chloroformiren und Aetherisiren entbehren, obwohl es den schwersten Zwang ausübt, indem es den Menschen bewusstlos und willenlos macht? Allerdings steht in erster Reihe die Forderung, dass die verabreichten Medicamente keinen dauernden Schaden anrichten und dass sie den natürlichen Ablauf der Krankheit nicht ungünstig beeinflussen. Innerhalb dieser Schranken liegt in der medicamentösen Behandlung eines Kranken gewiss nichts, was anstosserregend und zu vermeiden wäre. Ich halte es ärztlich genommen für sinnlos, einen in voller Tobsucht befindlichen Kranken mechanisch zu beschränken; ich erachte es für gänzlich verdienstlos, einen solchen Aufregungszustand untäthig mit anzusehen; aber ich glaube, dass es ein wirkliches ärztliches Verdienst sei, einen solchen Zustand, wenn auch nur für Stunden, zu coupiren, selbst wenn das Mittel Hyoscin heisst. Es scheint mir zweifellos, dass die Wirkung des Hyoscins weniger schädlich ist, wie die ununterbrochene hochgradige Bewegungsunruhe. Selbstverständlich gilt für das Hyoscin dieselbe Beschränkung, wie für alle Hypnotica und Sedativa in gleichem, aber nicht in erhöhtem Maasse. Es muss als selbstredend ausgeschlossen bleiben, dass das Mittel etwa von anderen als ärztlichen Personen applicirt wird; ja ich halte es für wichtig, dass es auch nicht von jüngeren, und namentlich in Anstaltsdiensten ungeübten Aerzten als Ausfluss ihrer eigenen Verlegenheit zur Anwendung gebracht werde.

Es wäre endlich noch zu erwägen, ob die Bettbehandlung besondere bauliche Einrichtungen zur Voraussetzung hat und ob sie nur bei wesentlicher Vermehrung des Wartepersonals zur Durchführung kommen kann.

Ich kann meine eigenen einschlägigen Erfahrungen hauptsächlich deshalb für maassgebend halten, weil sie a priori der Bettbehandlung die denkbar grösssten Schwierigkeiten entgegensetzten. Die Abtheilung für 500 Kranke ist in acht Unterabtheilungen gesondert, von welchen jedoch zwei für ungefähr 80 Pfleglinge der II. und I. Verpflegsklasse reservirt sind, sodass



ungefähr 400 Kranke in 6 Unterabtheilungen (davon zwei Isolirabtheilungen) commassirt sind. Auf den beiden Isolirabtheilungen waren vor der Bettbehandlung insgesammt etwa 90 Kranke untergebracht und die 32 Isolirzellen waren immer unzureichend. Seit der Bettbehandlung sind daselbst kaum 70 Kranke und für die vorhandenen, auf 12 reducirten Isolirzellen habe ich keine Verwendung. Bei völlig getrennten Abtheilungen, etwa in detachirten kleineren Gebäuden dürfte die Bettbehandlung ganz gewiss viel entsprechender durchgeführt werden können, weil ja unter vielen Kranken in einem verhältnissmässig engen Raume Störungen und von aussen angeregte Unruhe kaum zu vermeiden sind. Trotz alledem vermag ich die grössere Hälfte der Kranken ständig im Bette zu halten, ohne dass an der Ubication irgend etwas geändert und ohne dass das Wartepersonal aus dem Gesichtspunkte der Bettbehandlung vermehrt worden wäre. Es dürfte sich überhaupt ergeben, dass die Vermehrung des Pflegepersonals nicht nur Vortheile hat und nicht unter allen Umständen eine Besserung der Pflege bedeutet. Manchmal will es mir scheinen, als ob die Zahl des Pflegepersonals immer noch auf die angebliche hohe Gefährlichkeit unserer Kranken zugeschnitten wäre und als handelte es sich um Schutz gegen immer drohende Ausbrüche und Gewaltthaten von Seite der Patienten. Die Frage der Zahl der Wärter steht noch immer auf dem sonst verlassenen Standpunkte der gewaltsamen Detenirung der Kranken und der Furcht vor deren Gefährlichkeit. Ich glaube es reift die Ueberzeugung allenthalben, dass die Gefährlichkeit der Geisteskranken sehr bedeutend überschätzt wird und dass mehr Wärter nicht immer mehr Arbeit und bessere Pflege besorgen. Mit der Umwandlung der Irrenanstalten zu Krankenhäusern, welche Umwandlung die Bettbehandlung in erster Reihe in gedeihlichster Weise zu fördern bestimmt ist, dürfte auch bezüglich des Pflegepersonals eine radicale Aenderung der Auffassung eintreten und aus demselben wirklich ein Personal zur Pflege der Kranken werden. Die „Bändigung" derselben wird alsdann ausschliesslich in den Wirkungskreis der behandelnden Aerzte fallen.



Das heutige Gheel.

Von *Konrad Alt.*

(Schluss.)

Die Kemperländer besitzen allerdings nach dem übereinstimmenden Urteil aller sachkundigen Besucher von Haus aus eine Menge der zur Ausübung der Krankenpflege, insbesondere der familiären Irrenpflege erwünschtesten natürlichen Eigenschaften, welche in Folge der vielhundertjährigen Beschäftigung ihrer Vorfahren durch Vererbung einen besonderen Grad von Vollkommenheit erreicht haben. Die dem Fremden auf den ersten Blick erkennbare treuherzige Gutmütigkeit vereint mit harmlos fröhlichem Sinn, natürliche Liebenswürdigkeit und ungezwungene Offenheit des Benehmens, geräuschlose Emsigkeit und ausdauernder Fleiss gepaart mit anspruchsloser Zufriedenheit, insbesondere eine durch ungeheuchelte Gottesfurcht und Frömmigkeit geläuterte Sittlichkeit und Gewissenhaftigkeit befähigen diese auch körperlich wohlgestalteten, gesunden Bewohner eines weniger durch natürliche Grenzen als durch Stammeseigentümlichkeit gegen die übrige Welt abgeschlossenen Landstrichs ganz hervorragend zur Ausübung dieser besonderen Art werkthätiger Nächstenliebe. Die Irrenpflege ist ihnen als ein durch Legende und Geschichte verbrieftes und geheiligtes Vermächtniss zugefallen. Wenn auch im Laufe der Zeiten der Glaube an die Wunderkraft der heiligen Dymphna über die Zinnelozen nicht mehr vorhielt, wenn auch die Erkenntniss durchgebrochen ist, dass die „Krankzinnigkeit" nicht auf dämonischen Einfluss, sondern auf ein Gehirnleiden zurückzuführen ist und desshalb ihre Behandlung nicht in den Wirkungskreis des Priesters, sondern des Irrenarztes fällt, so innewohnt den heutigen Gheelanern doch noch die anspornende Zuversicht, dass die Schutzpatronin ihr verschwiegenes und gottgefälliges Wirken in besonderem Maasse segne.

Darum wird die Heilige auch heute noch allseitig verehrt, darum hängt ihr Bildniss in jedem Hause und führt in jeder Familie wenigstens ein



Kind den Vornamen Dymphna. Und wenn man im nächsten Jahr das „grosse Fest“, das vierzehnte Säcularfest des Todestags der Heiligen feiert, dann werden nicht nur Tausende von Fremden aus fern und nah dankerfüllt nach Gheel pilgern, wo sie selber oder einer ihrer Lieben Genesung oder Linderung fanden in tückischer Krankheit, dann wird auch das Herz aller guten Gheelaner überwallen von verehrungsvoller Dankbarkeit gegen die Schirmherrin, der Gheel und die Campine indirect ihren ganzen Aufschwung und Wohlstand verdanken.

Denn ohne die familiale Colonie wäre das Kempenland heute noch eine traurige, hungrige Einöde. Draussen in der Haide kann man es deutlich verfolgen, wie durch die treue Mithilfe der Irren und unter zweckmässiger Verwendung des für sie gezahlten Pflegegeldes eine brave fleissige Familie in kurzer Zeit zu gediegenem Wohlstand gelangt, wie unwirtliches Oedland in wenigen Jahren zum fruchtbringenden Acker wird, wie die ärmliche Haidehütte sich nach und nach in ein schmuckes und zweckmässiges Gehöfte umwandelt. Aber auch in manchen älteren, grösseren Wirtschaften kann man es förmlich mit Händen greifen, wie aus den Kamerkens der Kranken heraus allmählig der Sinn für Ordnung und Reinlichkeit segenbringend in das ganze Haus einzieht und zum dauernden Quell zunehmenden Wohlstandes wird.

Der wirtscchaftliche Aufschwung der Campine fällt zeitlich und ursächlich zusammen mit dem Eingreifen einer geregelten ärztlichen Controlle der Kranken wie ihrer Pfleger. Der mehrfach rühmlich erwähnte Director Bulkens und vor Allen unser hochverehrter College Peeters haben sich keineswegs damit begnügt, die Mithilfe der Geistlichkeit auf die einer geordneten Seelsorge einzuschränken und die Benedictionen und Exorcismen durch ärztliche Verordnungen zu ersetzen, sie haben nicht nur den Forderungen der Gesundheitslehre in Bezug auf Wohnung und Ernährung der Kranken Geltung verschafft, sondern selbst durch Lehre und Beispiel eine zeitgemässe wirtschaftliche Reform in allen Gehöften der Pfleger angebahnt und durchgeführt. Director Peeters hat in richtiger Würdigung des Umstandes, dass Hebung des Wohlstandes der Pflegerfamilien gleichzeitig eine Förderung des Wohles der Kranken bedeutet, sich die Mühe nicht verdriessen lassen, durch eingehende landwirtschaftliche Studien die neueren Errungenschaften auf dem Gebiete der Düngung und Feldbestellung, der Viehhaltung und Milchverwertung kennen zu lernen und in besonderen Vorträgen den Pflegern bekannt zu geben. Auch die Beschaffung nützlicher landwirtschaftlicher Geräte nahm er selber in die Hand, um den begreiflichen Widerstand gegen die Einführung solcher Neuerungen wirksam zu bekämpfen. Hier nur ein Beispiel. Seit der von ihm angeregten Einführung von Centrifugen wird für das Kilo Butter 30 Centimes mehr erzielt als früher, abgesehen davon, dass die Magermilch zum Aufziehen der Kälber und Schweine besser zu verwerten ist, als früher die Sauermilch; 4 Kühe — das ist der Durchschnittsbestand der mittleren Wirtschaft — geben pro Woche 10 Kilo Butter, also einen reinen Mehrertrag von drei Francs. Jetzt giebt es 200 solcher Centrifugen, die dem Kempenland allwöchentlich eine Mehreinnahme von 600 Francs einbringen. Das bedeutet gewiss eine wirtschaftliche Hebung.

Dass die Bevölkerung zu dem Manne ein besonderes Vertrauen hegt, der so allüberall für ihre Interessen eintritt, liegt auf der Hand, ebenso dass seinen in Bezug auf Pflege und Behandlung der Kranken gegebenen Anregungen bereitwilligst Folge gegeben wird. Ich bin absichtlich bei diesem Punkte etwas länger verweilt, weil es in keiner anderen Familienpflege der Welt ein sprechenderes Beispiel dafür giebt, dass der Leiter einer familialen Colonie durch die Art seines persönlichen Verkehrs mit den Pflegern und die Förderung ihrer persönlichen Interessen am sichersten und besten das erreicht, was ein berufsfreudiger Irrenarzt immer als erstes Ziel anstrebt, das Wohl seiner Kranken.

Und nun das finanzielle Ergebnis der Colonie selber.

Trotzdem sie einschliesslich der Infirmerie, der Aerztevillen und der Badehäuser nur ein Vermögen von 400 000 Francs repräsentirt und keinerlei staatlichen Zuschuss erhält, trotzdem die pro Tag und Kopf gezahlten Pflegekosten 85, oder 99, oder 125 Centimes betragen, erhält sich die Colonie nicht nur selber, sondern vermag noch erhebliche Ueberschüsse zu erzielen. In 35 Jahren ist ausser den zur Erbauung der obigen Gebäude und den zur Anschaffung der an die Pfleger abgegebenen Möbel erforderlichen Geldern ein Baarüberschuss von 587 000 Francs gemacht worden.

Gewiss ein ebenso überraschendes wie erfreuliches Ergebnis.

Man hat dem gegenüber von mancher Seite aus geltend gemacht, es würden in Gheel in der Hauptsache nur solche Kranke verpflegt, die ebensogut



zu Hause sein könnten, es sei unmöglich, eine irgendwie in Betracht kommende Anzahl solcher Kranken, wie sie in den Anstalten verpflegt würden, in Familienpflege zu geben. Ganz abgesehen davon, dass der Gheeler Colonie ausser den direct zugehenden Kranken alljährlich aus den geschlossenen Anstalten eine grössere Anzahl von Pfleglingen überwiesen werden, die, falls sie ebensogut zu Hause sein könnten, sicherlich von den betreffenden Directoren nach ihrer Heimat entlassen würden, beweist folgendes Vorkommniss die gänzliche Unrichtigkeit jener Behauptung. Im Jahre 1880 wurde in Belgien eine etwa 500 Kranke zählende geschlossene Anstalt aufgelöst. Ihre Insassen wurden ungefähr zu gleichen Teilen an drei Anstalten und zwar an zwei andere geschlossene Anstalten und nach Gheel überwiesen. Nach Gheel kamen **155**, von denen nur drei nach einer geschlossenen Anstalt zurück versetzt zu werden brauchten, während die übrigen sämmtlich in der Familienpflege verblieben. Selbst angenommen, nach Gheel seien thatsächlich die für Familienpflege geeignetsten überwiesen worden, ergiebt sich, dass 30 Procent der Insassen einer geschlossenen Anstalt in Gheel verpflegt werden konnten. Gewiss ein lehrreicher Beitrag zur Beantwortung der Frage, wie viele der bisher in Anstalten verpflegten Kranken in eine wohleingerichtete Familienpflege versetzt werden könnten. Doch will ich hierauf heute nicht näher eingehen, zumal das an anderer Stelle schon geschehen ist.*)

Wer das heutige Gheel eingehend besichtigt und mit den in der Litteratur niedergelegten Schilderungen früherer Besucher seine eigenen Beobachtungen vergleicht, wird sich gleich mir der erfreulichen Thatsache nicht verschliessen können, dass in der Campine seit Beginn der psychiatrischen Periode gewaltige Verbesserungen erzielt sind und dass an der Abstellung der noch vorhandenen, zum Teil von mir erwähnten Mängel auch weiterhin wirksam gearbeitet wird, zumal wenn es gelingt, die Zahl der Aerzte zu vermehren.

Er wird auch die Ueberzeugung mit fortnehmen, dass dort — wohl dies und das anders zu gestalten sei, aber doch — eine grosse Anzahl von geeigneten Kranken ein wesentlich grösseres Maass persönlicher Freiheit, häuslicher Behaglichkeit und socialer Anregung geniesst, als selbst eine noch so gute Anstalt zu bieten vermag.

Von dieser Ueberzeugung ist nur ein kleiner Schritt zu dem Verwirklichung heischenden Wunsche, auch in unserem, um die Förderung der Irrenfürsorge so verdienten Vaterland das System der familiären Irrenpflege in grösserem Maassstabe einzuführen und den dazu geeigneten Kranken die Wohlthat des Familienlebens zu Teil werden zu lassen, zumal damit auch dem Interesse der Steuerzahler gedient wird. Manche an und für sich ganz harmlose Kranken allerdings haben — wie ich ausdrücklich hervorhebe — in unseren deutschen Anstalten einen bekömmlicheren Aufenthalt als selbst in der besten Familienpflege, für die sie ihrer ganzen Anlage und Neigung nach weniger geeignet sind. Sie würde man, auch wenn die Möglichkeit einer familialen Unterbringung gegeben wäre, natürlich in der Anstalt lassen, weil in erster Linie die Rücksicht auf das Wohlbefinden des Kranken maassgebend ist.

Dass es zur Einführung einer guten Familienpflege nicht einer durch vielhundertjährige Tradition vorgebildeten Bevölkerung bedarf, beweist das Beispiel von Lierneux in Belgien und Dun-sur-Auron im französischen Département Cher.

Bekanntlich ist die Bevölkerung des Kempenlandes vlämisch, also deutscher Abstammung. Die Sprache ist niederdeutsch und ähnelt dem Münsterländer Platt, so dass der des letzteren Kundige sich hinreichend in Gheel verständigen kann. Die wallonischen Belgier, welche die Gheelaner schlecht verstehen konnten, fühlten sich deshalb in der Campine nicht recht heimisch und glücklich. Für sie wurde daher — dank der energischen Initiative des Lütticher Gouverneurs, Freiherrn Petit de Thozée — im Jahre 1884 in Lierneux in den Ardennen, also im französischen Sprachgebiet eine familiale Colonie gegründet, die nach erfolgreicher Ueberwindung der anfänglichen Schwierigkeiten jetzt in ähnlicher Weise segensreich wirkt, wie die Muttercolonie Gheel. Gegenwärtig befinden sich dortselbst schon nahezu 500 Kranke beiderlei Geschlechts, welche dank der sachkundigen Rührigkeit des zeitigen Directors, Dr. Deperon, ebenfalls durchweg recht gut aufgehoben sind, wie ich mich durch persönlichen Besuch überzeugt habe.

In Dun-sur-Auron zählt die unter Dr. Marie's schneidiger Leitung im Jahre 1892 ins Leben gerufene Familienpflege bereits nahezu 800 Kranke weiblichen Geschlechts, ohne dass bis jetzt nennens-

*) Vergl. meinen Aufsatz „Ueber familiäre Irrenpflege", der auch eine ziemlich ausführliche Litteraturangabe über Gheel und überhaupt über Familienpflege enthält. Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.

werte Unzuträglichkeiten zu Tage getreten sind. Ich hatte Gelegenheit auch diese, in wesentlichen Stücken von der in Gheel abweichende Einrichtung zu sehen und, trotz manches mir nicht zusagenden Punktes, aufrichtig zu bewundern.

Auch in Deutschland ist ja schon mancherorten ein befriedigender und verheissungsvoller Anfang gemacht, geeigneten Kranken die Wohlthat des Familienlebens zu Teil werden zu lassen.

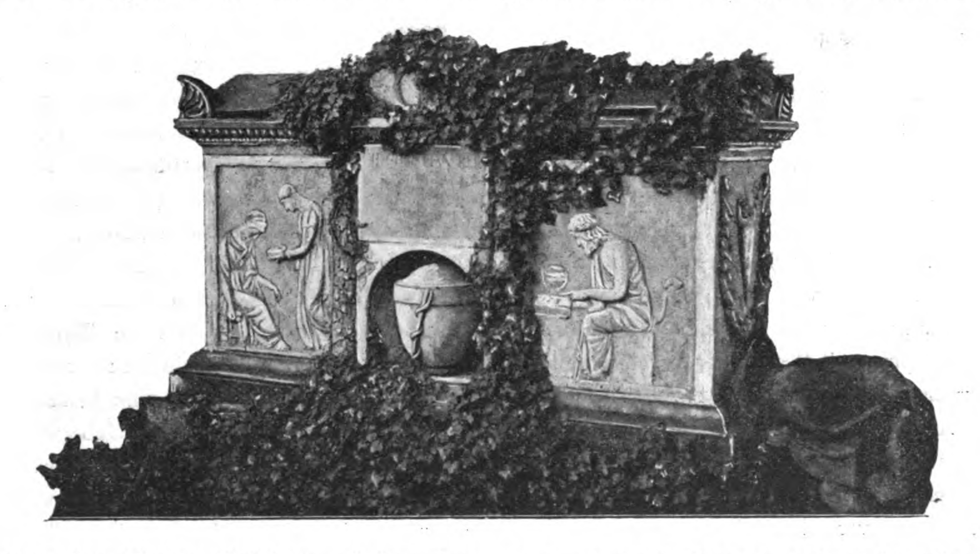
Eine zahlenmässig zu Buche schlagende Entlastung der Anstalten durch die Familienpflege werden wir erst dann zu gewärtigen haben, wenn, wie ich an vorerwähnter Stelle des Näheren ausgeführt, in geeigneten ländlichen Gegenden kleine Centralen als Ausgangspunkte für diese freieste Verpflegungsform gegründet werden. Denn die Bevölkerung in der Nähe der grossen Anstalten ist meist wenig geeignet und gewillt zur Ausübung dieser praktischen Bethätigung werkfreudiger Nächstenliebe, und die Directoren der grossen Anstalten sind meist zu sehr mit Arbeiten aller Art überladen, um auf die Einführung und Ueberwachung einer grösseren Familienpflege die genügende Zeit und Sorgfalt verwenden zu können. Dass dies unbedingt erforderlich ist, lehrt das Beispiel von Gheel, wo jeder in die Schule gehen muss, der sich über Wert und Bedeutung der familiären Irrenpflege und über die zweckmässigste Einrichtung einer solchen Klarheit verschaffen will.



Reil's Grabdenkmal.

Von Regierungs-Baumeister *Knoch* in Halle a. S.

Dem verdienten Mediciner Prof. Dr. Reil, welcher noch in der Vollkraft seines Lebens als ein Opfer seines Berufes einen vorzeitigen Tod fand, ist von treuen Verehrern in dem bei Halle belegenen Park, welcher nach dem Verstorbenen den Namen Reilsberg erhalten hat, ein liebevoll ausgeführtes Denkmal gesetzt worden. — Auf der Höhe des Porphyrhügels, dem ehemaligen „spitzen Weinberg“, den im Jahre 1803 Friedrich Wilhelm II. dem geachteten Mediciner zum Geschenk gemacht hat, von duftigen Fliederbüschen umzäunt und dunklen Kiefern und Cypressen beschattet, ist das Grabdenkmal in Form eines Steinsarkophags errichtet. Die sichtbare Vorderseite (mit der Rückseite ist es an den Fels angelehnt) ist mit zwei Reliefs geschmückt, welche rechts und links einer Nische, die eine Marmorurne enthält, angeordnet sind. Ueber der Nische ist die Inschrifttafel in weissem Marmor angebracht mit der Inschrift: Johann Christian Reil, geboren in Rhaude 1759, gestorben in Halle 1813. Die Stirnseiten des Sarkophags sind mit Festons geschmückt. Das Denkmal ist in edlen Formen griechischen Stils in Sandstein ausgeführt. Die Reliefs weisen, soweit sie in dem verwitterten Zustande noch erkennbar sind, auf die Berufsthätigkeit des Verstorbenen hin. Rechts eine sitzende, kraftvolle Männergestalt mit reichlichem Locken- und Barthaar, der Heilgott Asklepios, mit dem Zeigefinger der linken Hand auf ein vorliegendes Schriftstück deutend. Neben dem Schriftstück eine halbgefüllte Mischschaale zur Bereitung des Heiltranks. Auch das Symbol der Verjüngung,



die um den Stab gewundene Schlange, ist noch deutlich erkenntlich. Links ein kraftlos zusammengebrochenes Weib, welchem von einer hilfreichen Jungfrau in einer Schaale der Gesundung bringende Trank gereicht wird. Es ist dies die Heilgöttin Hygieia, die treue Tochter und Gehilfin des Asklepios, das leuchtende Vorbild werkthätiger Barmherzigkeit und Krankenpflege. Man darf in dieser Darstellung wohl auch eine anerkennende Anspielung vermuthen auf die Thätigkeit des unter Reil's Leitung ins Leben berufenen Frauenvereins, welcher in der Pflege der Verwundeten und der Typhuskranken, die nach der Völkerschlacht zu Leipzig zu Tausenden in Halle untergebracht waren, die erste glorreiche Probe seiner aufopfernden Thätigkeit abgelegt hat.

Auch über die Stifter und Künstler des Denkmals sind einige Angaben vorhanden. An der Vorderseite, auf der Platte des Hauptgesimses, ist der Name Nikolaus nebst einem Zirkel und einem achtspeichigen Rad eigemeisselt; zweifellos Name und Zeichen des ausführenden Bildhauers. Auf der Rückseite des Denkmals finden sich zwei Namen: L. Sickel und L. Giehn? und eine Jahreszahl, aus der zu schliessen ist, dass das Denkmal in den dreissiger Jahren errichtet worden ist.

Leider sind Sandstein und Marmor von der Witterung bereits stark angegriffen und es ist hohe Zeit, für die Erhaltung des vom Epheu umklammerten Denkmals geeignete Schritte zu thun. Jedenfalls ist das Werk, ganz abgesehen von seinem Zweck, der Erhaltung werth, und es dürfte auch keinen schöneren und würdigeren Platz für dasselbe geben, als die Stelle, an der es errichtet worden ist, auf dem Grund und Boden, welchen der berühmte Lehrer und treue Patriot lange Jahre bewohnt hat, und an einem Punkte, von dem aus sich eine prächtige Aussicht auf das Saalethal und die Stadt Halle eröffnet, auf den Schauplatz der aufopfernden und erfolgreichen Thätigkeit des verdienten Mannes.

Herr Pastor Meyer in Rhaude theilt uns auf eine bezügliche Anfrage gütigst mit, dass Reil thatsächlich in Rhaude geboren ist, nicht in Aurich, wie in Laehr's „Gedenktagen“ steht. In dem betreffenden Kirchenbuche findet sich folgende Notiz:

Anno 1759
Nati et Renati
N 6

den 20. Febr. ist dem Pastori Johann Julius Friedrich Reil und Anna Streng ein Sohn gebohren, welcher eodem getaufet und Johann Christian geheissen worden. — (Also nicht am 28., wie auch wir auf Grund fehlerhafter Quellen in Nr. 1 dieser Wochenschrift schrieben, sondern am 20. Februar ist Reil geboren.) Dass Reil in Aurich geboren ist, ist ein Irrthum, wohl dadurch veranlasst, dass ihm zu Ehren das Krankenhaus in Aurich Reilstift genannt ist. Reil's Wiege hat in Rhaude im Pfarrgarten gestanden, wie auch der verstorbene Vorgänger des Herrn Pastor Meyer, Herr Pastor Stellwagen, in einem Aufrufe zur Gründung eines Krankenhauses bei Rhaude, Reilstift genannt, schreibt.



Kleine Mitteilungen.

— **Die 34. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens** fand unter dem Vorsitze von Gerstenberg-Hildesheim am 6. Mai d. J. in Porta (Westfalen) statt.

Es waren 31 Theilnehmer erschienen.

Auf Anregung von Bruns-Hannover wurde beschlossen, die Versammlungen nicht mehr an wechselnden Orten, sondern regelmässig wieder in Hannover und zwar wie bisher immer am ersten Sonnabende des Monats Mai abzuhalten.

Auf der Tagesordnung standen Vorträge von Bruns-Hannover, Cramer-Göttingen und Behr-Hildesheim.

Bruns demonstrirt das Kleinhirn eines Knaben mit einem tuberculösen Tumor in der linken Hemisphäre, während bei der klinischen Diagnose ein rechtsseitiger Sitz als wahrscheinlich angenommen war, und bespricht dabei die Schwierigkeit der Diagnose der Kleinhirntumoren überhaupt und auch ihrer Localisation.

Insbesondere sei es unmöglich, allein aus dem Bestehen einer beispielsweise linksseitigen Lähmung der Extremitäten auf einen Tumor in der rechten Kleinhirnhemisphäre zu schliessen, da dieselbe Lähmung auch ein linksseitiger Tumor durch Verschiebung des Pons hervorrufen könne, wie es gerade in dem demonstrirten Falle thatsächlich geschehen ist.

Die Lähmungserscheinungen lassen einen Schluss auf die rechts- oder linksseitige Lage eines Kleinhirntumors nur zu, wenn Lähmungen im Gebiete der Hirnnerven und der entgegengesetzten Seite der Extremitäten vorliegen.

Ferner zeigt Bruns Schnitte aus dem Dorsalmark bei der seltenen Erkrankung der Paraplegia atactica subacuta. Auf den Schnitten sind Erweichungsheerde in den Hinter- und Seitensträngen zu sehen. Die klinische Diagnose konnte in diesem Falle erst verhältnissmässig spät gestellt werden, da anfangs nur Parästhesien in den Extremitäten bestanden und erst

später Lähmungen, Ataxie, Erhöhung der Sehnenreflexe und Zeichen schwerer Anämie hinzukamen.

Der Anämie legt Bruns keine ätiologische Bedeutung bei, sondern hält sie für coordinirt mit der nervösen Erkrankung.

Schliesslich zeigt Bruns interessante Schnitte aus dem Rückenmark eines phthisischen Knaben, bei dem der Fussclonus besonders stark ausgesprochen gewesen war. Nach seinen Erfahrungen kommt starke Erhöhung der Sehnenreflexe bei phthisischen Kindern ganz ungemein häufig vor.

Es ist dies das erste Mal, dass er in einem solchen Falle das Rückenmark genau untersucht hat. Die Präparate zeigen Erkrankungsheerde in den Hintersträngen und den Randpartien. Seine Untersuchung ist noch nicht abgeschlossen.

Cramer bespricht die Unmöglichkeit bei Kindern, die im Alter von ungefähr 14 Jahren mit dem Strafgesetz in Conflict kommen, eine etwa im Entstehen begriffene Geisteskrankheit zu diagnosticiren. Es sei dies besonders misslich, da gerade in diesen Jahren, wo die Pubertätsentwicklung beginne, der Anfang einer geistigen Störung verhältnissmässig häufig ist. Für solche jugendlichen Verbrecher hält der Vortragende deshalb die bedingte Strafaussetzung für ganz besonders angebracht, doch müsse ihre Zeit auf mindestens 1 bis 2 Jahre verlängert werden.

Nach dieser Zeit würde die Entscheidung, ob jene erste Strafthat mit einer beginnenden Hirnerkrankung im Zusammenhange gestanden hat oder nicht, keine erheblichen Schwierigkeiten mehr machen, da dann etwaiger Schwachsinn, um den es sich ja immer handele, leicht nachgewiesen werden könne.

Im Anschluss an diese allgemeinen Bemerkungen berichtet Cramer über 2 jugendliche Verbrecher, deren Strafthaten mit epileptischen Dämmerzuständen zusammenhängen, und über einen gewiss seltenen Fall einer ausgebildeten Paranoia querulans bei einem 16 jährigen erblich belasteten jungen Manne.

Behr referirt über 100 Fälle von Puerperalpsychosen, die in der Hildesheimer Anstalt beobachtet sind. Zuerst erwähnt der Vortragende die bekannte Eintheilung in Graviditäts-, Lactations- und Puerperalpsychosen im engeren Sinne, ferner die verschiedenen Ansichten der Autoren über die Aetiologie, von denen die einen den Hauptwerth auf die allgemeine Schwächung des Organismus und allerlei psychische Aufregungen legen, während andere (besonders die Gynäkologen) der Infection, und eine dritte Gruppe der Intoxication besondere Bedeutung beimessen wollen.

Unter den Hildesheimer Fällen befanden sich 3 Schwangerschafts-, 20 Lactations- und 77 Puerperalpsychosen im engeren Sinne. Bei der letzten Gruppe befanden sich verhältnissmässig viel Erstgebährende und erblich Belastete, bei 22 Fällen war Puerperalfieber vorhanden. Im Einzelnen eignet sich die statistische Verwerthung des Materials nicht für ein Referat. Behr kommt zu dem Schluss, dass bei der Aetiologie der Puerperalpsychosen die allgemeine Schwächung des Organismus die Hauptrolle spielt, und alle anderen Ursachen nur eine gelegentliche Bedeutung haben.

In der Discussion bemerkt Bruns, dass seiner Meinung nach doch wohl die Infectionen und Intoxicationen bei der Aetiologie wesentlich betheiligt seien. Auch die Schwangerschaft biete günstige Gelegenheit zur Autointoxication.

Rapmund-Minden betont, dass viel mehr Puerperalpsyhosen als man gewöhnlich annähme, gar nicht in die Anstalten kämen, da die Erkrankung eine sehr gute Prognose biete und in den meisten Fällen in 3 bis 4 Wochen zur Heilung komme.

Nach Erledigung der Tagesordnung sprachen noch Schröder-Eickelborn u. Zimmermann-Hannover.

In Folge einer Bemerkung in der „Irrenpflege", die die ärztliche Versorgung in der westfälischen Provinzial-Pflegeanstalt Eickelborn bemängelt, giebt Schröder eine eingehende Schilderung der seiner Leitung unterstellten Anstalt. Nach seinen Angaben sind dort die hygienischen, wirthschaftlichen und sonstigen allgemeinen Verhältnisse durchaus günstig, und auch die ärztliche Versorgung der Kranken hält er unter den besonderen dortigen Umständen nicht gerade für gut, aber doch für erträglich.

Die Anstalt ist mit 500 Pfleglingen belegt. Für ihre Behandlung ist nur der ärztliche Director da, der ausserdem auch noch die in der Nähe liegende Corrigendenanstalt als Arzt zu besuchen hat. Dass unter diesen Verhältnissen eine ausreichende ärztliche Behandlung überhaupt möglich ist, liegt nach den Ausführungen des Vortragenden daran, dass erstens der Director durch eine gewisse Verbindung mit der Corrigendenanstalt in wirthschaftlicher Beziehung erheblich entlastet wird, dass zweitens ein vorzügliches Pflegepersonal vorhanden ist (barmherzige Schwestern, die auch die geisteskranken Männer pflegen), und dass drittens nur unheilbare, zur Beschäftigung untaugliche, ruhige, zum Theil sieche Kranke aufgenommen werden. Ausserdem ist nur eine Tischklasse da, und die Krankenbewegung ist äusserst gering.

Aus der Discussion geht hervor, dass in der Versammlung wohl ausnahmslos die Ansicht vertreten ist, dass das Verhältniss von 1 Arzt zu 500 Kranken unter allen Umständen durchaus ungenügend und unhaltbar sei.

Gerlach-Münster bemerkt dazu, dass die ministerielle Verordnung über die Zahl der Aerzte an den Anstalten viel zu allgemein gehalten sei. Nicht die Zahl der Kranken sei dafür ausschlaggebend, sondern die Form der Krankheiten, die Krankenbewegung und die Beschaffenheit des Pflegepersonals.

Rapmund-Minden stimmt dem bei und betont dann noch, wie unangenehm es sei, wenn sich Privatirrenanstalten, die wegen mangelhafter ärztlicher Versorgung monirt würden, sich auf Zustände in einer öffentlichen Irrenanstalt, wie sie in Eickelborn vorlägen, berufen könnten.



Zimmermann berichtet über Erfahrungen, die er mit einem neuen Brompräparat, dem Bromipin, gemacht hat. Die Vortheile bestehen darin, dass es besser wie die Bromsalze vertragen wird und fast nie Bromacne erzeugt. Näheres über das Präparat findet sich in dem Merck'schen Jahresbericht.

Cramer-Göttingen bestätigt die günstigen Resultate und hebt hervor, dass das Bromipin sich auch einreiben und auch subcutan geben lasse. Ein Nachtheil sei der theure Preis.

Schneider-Osnabrück.

— **Zur Alkoholikerfrage in Nieder-Oesterreich.** Das rastlose langjährige Bemühen des nieder-österreichischen Landesausschusses sowie seiner berathenden Organe, die leidige Alkoholikerfrage endlich einer befriedigenden Lösung zuzuführen, scheitert andauernd an dem Mangel eines gesetzlichen Detentionsrechtes. Da zudem bei den derzeitigen politischen Verhältnissen des Reiches auf die Berücksichtigung dieses Bedürfnisses der öffentlichen Wohlfahrt in absehbarer Zeit kaum wird gerechnet werden können, hat der Landesausschuss sich neuerdings die Mühe gegeben, einen Weg ausfindig zu machen, in der Frage der Trinkerasyle ohne finanzielle Inanspruchnahme des Landes einen Schritt vorwärts zu thun.

Der diesbezügliche, auf genauer und eingehender Sachkenntniss beruhende Motivenbericht des nieder-österreichischen Landesausschusses vom 16. Nov. 1898 an den Landtag kam in der Sitzung vom 14. März 1899 im Landtage zur Verhandlung, als deren Ergebniss im Wesentlichen Nachfolgendes zum Beschlusse erhoben wurde.

1. Der nieder-österreichische Landesausschuss wird ermächtigt, heilbare Trinker, das heisst solche Trunksüchtige, welche durch den gewohnheitsmässigen Missbrauch alkoholhaltiger Getränke zwar in ihrer psychischen oder physischen Constitution Schaden erlitten haben, aber noch Aussicht auf Rettung bieten, auf Grund einer freiwilligen Eintrittserklärung in der Privattrinkerheilstätte Pranthof zu Mühldorf nächst Spitz a. d. Donau gegen eine Verpflegsgebühr von 1 fl. 35 kr. pro Kopf und Tag und Beistellung der Bettstelle sammt Einrichtung, sowie der erforderlichen Kleidung und Wäsche unterzubringen.

2. Die Errichtung einer Landes-Siechenanstalt für nach Nieder-Oesterreich zuständige Individuen mit strengerer Hausordnung wird im Principe genehmigt und der nieder-österreichische Landesausschuss mit den erforderlichen Vorarbeiten betraut.

3. Der neue Armengesetzentwurf ist nach der Richtung zu ergänzen, dass Unterstützungsbedürftige, welche zur Abgabe in eine Landes-Siechenanstalt bestimmt werden, verpflichtet sind, diese Art der Versorgung anzunehmen und hierzu nöthigenfalls zwangsweise verhalten werden können.

4. Die k. k. Regierung wird aufgefordert, die erforderlichen Voraussetzungen für die baldigste verfassungsgemässe Behandlung des Trunkenheitsgesetzes und des Gesetzes, betreffend die Errichtung öffentlicher Trinkerasyle (Trinkerentwöhnungsanstalten) zu treffen.

Der Gedanke, die notorischen Gewohnheitstrinker in einer Siechenanstalt mit strengerer Hausordnung unterzubringen, stützt sich zum Theil auf ein steiermärkisches Landesgesetz vom Jahre 1877, zum Theil auf eine ähnliche Einrichtung in der kgl. Haupt- und Residenzstadt Berlin, welche im Arbeitshaushospitale Rumelsburg ein Siechenhaus für Arme mit bemakeltem Vorleben besitzt, wo gleichfalls in einer bedeutend verschärften Hausordnung gegen Ausschreitung Vorsorge getroffen ist.

Diesem lobenswerthem Schritte der nieder-österreichischen Landesvertretung ist der beste Erfolg von vornherein zu wünschen, und wenngleich dies nur ein Provisorium sein soll; eine wesentliche Bedeutung hat derselbe schon darin, dass die Irrenanstalten von ihren störendsten Elementen entlastet werden.

Dr. Starlinger.

Bücherschau.

Die für die gerichtliche Psychiatrie wichtigsten Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches und der Novelle zur Civilprocessordnung. Von Privatdocent Dr. Ernst Schultze in Bonn. Heft 1 des III. Bandes der Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Verlag von Carl Marhold in Halle 1899.

Mit der Einführung des Bürgerlichen Gesetzbuches treten für die gerichtliche Thätigkeit des Irrenarztes eine Anzahl neue und veränderte Bestimmungen in Kraft. Es wird gut sein, wenn man schon vor dem 1. Januar 1900 sich in die von da an geltenden Gesetze vertieft, und wir müssen dem Verfasser der vorliegenden Abhandlung dankbar sein, dass er nicht nur alles einschlägige Material zusammengestellt, sondern dass er es uns auch erklärt und erläutert hat. Es scheint mir vorzeitig zu sein, schon jetzt an eine Kritik der Schultze'schen Auslegungen heranzugehen; nicht unbedenklich möchte vor allen die Auffassung der juristischen Begriffe von Geisteskrankheit und Geistesschwäche als schwerer und als leichter Erkrankung an derselben „Psychose" sein. Den Lesern der psychiatrischen Wochenschrift möchte indessen ein kurzer Ueberblick über die wichtigsten Bestimmungen unseres neuen, einheitlichen, Deutschen Gesetzbuches, soweit sie psychiatrische Verhältnisse berühren, nicht unwillkommen sein.

Das B. G.-B. befasst sich zunächst mit der Geschäftsfähigkeit, der civilrechtlichen Verantwortlichkeit bei erlaubten Handlungen. Die Geschäftsfähigkeit kann zunächst acut beeinträchtigt sein: § 105, II: Nichtig ist eine Willenserklärung, die im Zustande der Bewusstlosigkeit oder vorübergehenden Störung der Geistesthätigkeit abgegeben wird. Dem steht gegenüber § 104, 2: Geschäftsunfähig ist, wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand



seiner Natur nach ein vorübergehender ist. Ferner ist geschäftsunfähig nach § 104, 3, wer wegen Geisteskrankheit entmündigt ist. Entmündigt kann werden nach § 6, 1, wer infolge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag. Der wegen Geisteskrankheit Entmündigte ist also geschäftsunfähig. Die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen ist nach § 105, I nichtig, und wird die Willenserklärung einem Geschäftsunfähigen gegenüber abgegeben, so wird sie nicht wirksam, bevor sie dem gesetzlichen Vertreter zugeht. Das ist die grosse Entmündigung; hier rückt im Rechtsleben der Vormund völlig an die Stelle des wegen Geisteskrankheit Entmündigten. Ihr steht gegenüber die kleine Entmündigung, die wegen Geistesschwäche eintritt und beschränkte Geschäftsfähigkeit zur Folge hat. Wer wegen Geistesschwäche entmündigt ist, steht nach § 114 einem Minderjährigen gleich, der das 7. Lebensjahr vollendet hat. Er bedarf nach § 107 zu einer Willenserklärung, durch die er nicht lediglich einen rechtlichen Vortheil erlangt, der Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters. Das Gesetz will aber den wegen Geistesschwäche Entmündigten nicht jeder Gelegenheit berauben, sich durch eigene Arbeit seinen Unterhalt zu beschaffen: Nach § 112 kann der gesetzliche Vertreter mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts den wegen Geistesschwäche Entmündigten zum selbständigen Betriebe eines Erwerbsgeschäftes ermächtigen; dann ist dieser für solche Rechtsgeschäfte unbeschränkt geschäftsfähig, welche der Geschäftsbetrieb mit sich bringt.

Ebenfalls beschränkt geschäftsfähig ist der wegen Trunksucht Entmündigte. Nach § 6, 3 kann in Zukunft entmündigt werden, wer infolge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich oder seine Familie der Gefahr des Nothstandes aussetzt oder die Sicherheit anderer gefährdet. Es ist von Wichtigkeit, dass nach § 8 der Geschäftsunfähige oder der beschränkt Geschäftsfähige ohne den Willen seines gesetzlichen Vertreters einen Wohnsitz weder begründen noch aufheben kann. Der Vormund kann also den Trunksüchtigen (ebenso den wegen Geistesschwäche Entmündigten) in einer Anstalt unterbringen.

Nach § 1906 kann ein Volljähriger, dessen Entmündigung beantragt ist, auf Erachten des Vormundschaftsgerichts unter vorläufige Vormundschaft gestellt werden. Auch er steht nach § 114 in Ansehung der Geschäftsfähigkeit einem Minderjährigen gleich, der das 7. Lebensjahr vollendet hat.

Vermag ein Volljähriger infolge geistiger Gebrechen einzelne seiner Angelegenheiten oder einen bestimmten Kreis seiner Angelegenheiten, insbesondere seine Vermögensangelegenheiten, nicht zu besorgen, so kann er für diese Angelegenheiten einen Pfleger erhalten (§ 1910, II).

Es kann hier auf die interessanten Bestimmungen betreffs der Testirfähigkeit und Ehefähigkeit Geschäftsunfähiger bezw. beschränkt Geschäftsfähiger nicht eingegangen werden. Es mag nur noch darauf hingewiesen werden, dass sich das B. G.-B. auch mit der Deliktsfähigkeit, d. i. der civilrechtlichen Verantwortlichkeit bei unerlaubten Handlungen, beschäftigt.

In § 823 ist derjenige, dessen Geisteszustand ein pathologischer sein kann, Objekt: wer vorsätzlich oder fahrlässig die Gesundheit oder die Freiheit eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatze des daraus entstehenden Schadens verpflichtet. Subjekt dagegen ist der, dessen Geisteszustand ein pathologischer sein kann, in § 827 und § 828: Wer im Zustande der Bewusstlosigkeit oder in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustande krankhafter Störung der Geistesfähigkeit einem andern Schaden zufügt, ist für den Schaden nicht verantwortlich. Hat er sich durch geistige Getränke oder ähnliche Mittel in einen vorübergehenden Zustand dieser Art versetzt, so ist er für einen Schaden, den er in diesem Zustande widerrechtlich verursacht, in gleicher Weise verantwortlich, wie wenn ihm Fahrlässigkeit zur Last fiele; die Verantwortlichkeit tritt nicht ein, wenn er ohne Verschulden in den Zustand gerathen ist. — Der beschränkt Geschäftsfähige ist für einen Schaden, den er einem andern zufügt, nicht verantwortlich, wenn er bei der Begehung der schädigenden Handlung nicht die zur Erkenntnis der Verantwortlichkeit erforderliche Einsicht hat. Der Geschäftsunfähige ist für einen Schaden, den er einem anderen zufügt, nicht verantwortlich.

Das B. G.-B. kennt schliesslich noch eine für den Irrenarzt eventuell recht wichtige Deliktsfähigkeit für die Handlungen Dritter: Wer kraft Gesetzes zur Führung der Aufsicht über eine Person verpflichtet ist, die wegen ihres geistigen Zustandes der Beaufsichtigung bedarf, ist zum Ersatze des Schadens verpflichtet, den diese Person einem Dritten widerrechtlich zufügt. Die Ersatzpflicht tritt nicht ein, wenn er seiner Aufsichtspflicht genügt oder wenn der Schaden auch bei gehöriger Aufsichtsführung entstanden sein würde (§ 832).

Georg Ilberg (Sonnenstein).

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

— Der vierte Arzt an der Provinzial-Irrenanstalt zu Tost (O.-S.), Otfried Klebs, ist am 1. Mai huj. ausgeschieden und hat eine Stelle an der Provinzialanstalt in Potsdam angenommen.

— Der bisherige Assistenzarzt Dr. Borgolte an der Provinzial-Irrenanstalt bei Ueckermünde hat seine Stelle aufgegeben, um in die Privatpraxis überzugehen. Für ihn ist der bisherige Volontärarzt in Lauenburg, Dr. Jomaschny, eingetreten. Die Stelle des Volontärarztes übernimmt Dr. Sprengel aus Königsberg i. Pr.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 5/6. 20. Mai 1899.

Die „Psychiatrische Wochenschrift“ erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal ℳ 4,—.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog No. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Abriss des Irrenwesens der Provinz Westfalen in diesem Jahrhundert.

Von *Schaefer*-Lengerich.

Der verstorbene Koster, bis zum Jahre 1887 Director der ersten westfälischen Irrenanstalt zu Marsberg, hat sich ein Verdienst durch seine „Geschichte der westfälischen Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg“*) erworben. Seine actenmässig genaue Einzeldarstellung gewährt einen Einblick in die Anfänge, man möchte sagen in die Geburtswehen des neuzeitlichen Irrenwesens, wie ihn kein anderer Bericht giebt. Da lesen wir zunächst, wie ein Einzelner, der Criminalrichter Castringius zu Wesel, im Jahre 1798 die erste Anregung zur Errichtung einer Anstalt für „wahnsinnige oder schwachsinnige Personen aus den Provinzen jenseits der Weser“ gab, die er sich bezeichnenderweise in, wenn auch loser, Verbindung mit dem Zuchthause zu Wesel dachte. Die Anregung blieb nicht fruchtlos. Friedrich Wilhelm III. bezeugte seine Geneigtheit, und in den Händen von Männern, wie dem Freiherrn von Stein, damals noch Ober-Kammerpräsident in Münster, und von Vincke, damals Landrath in Minden, musste das Vorhaben trotz grosser Schwierigkeiten endlich zum Ziel gelangen. Vor der Hand kam es nur zu Projecten, während deren Berathung v. Stein und v. Vincke sich die ersten Kenntnisse über die Grösse des Bedürfnisses und der erforderlichen Einrichtungen zu verschaffen suchten.

Man veranlasste eine Zählung der Irren im Lande, liess sich die Reglements der in Neuruppin kurz vorher (1801) neu gegründeten Pflegeanstalt kommen, und v. Vincke fragte Reil in Halle um Rath, der aber sich selbst nur als Rhapsoden und Theoretiker in der Psychiatrie bekannte und einen wirklich Sachverständigen nicht einmal namhaft zu machen wusste. Der Napoleonische Krieg warf alle Pläne um, und mit der neuen Zeit tauchte zum ersten Mal das Project Marsberg auf.

Marsberg gehörte 1811 noch nicht zu Preussen, sondern es war mit dem altgeschichtlichen Herzogthum Westfalen seit 1803 ein Theil des Grossherzogthums Hessen-Darmstadt. Es besass ein ziemlich unbedeutendes Kapuziner-Kloster, und dies wurde von der Regierung zu Arnsberg zu einer Irrenanstalt

*) Nebst einer ausführlichen Statistik von Tigges, erschienen als Suppl.-Band der allgem. Zeitschrift für Psychiatrie 1867 bei Hirschwald.



empfohlen. Der Regierungs-Medicinalrath Stoll betrieb diesen Plan mit Eifer, und bemerkenswerth ist bei der von ihm veranlassten Zählung der für die neue Anstalt bestimmten Kranken besonders, dass sie ausser den „Wahn- und Blödsinnigen“ zugleich schon die Epileptischen, Tauben, Stummen, Taubstummen, Blinden und Krüppel umfasste. Thatsächlich kamen aber, nachdem das Kloster am 28. Januar 1813 officiell aufgelöst wurde, nur Geisteskranke (anfänglich 16—17) hinein. Man liess es sich gefallen, dass der Guardian des Klosters Director der Anstalt wurde, der aber nach 1/2 Jahre eines Morgens verschwunden war. Sein Nachfolger, der Amtsarzt Dr. Ruer, bewährte sich trefflich. Er erhielt eine Instruction, in welcher der Gebrauch der Zwangsmittel auf gewisse Apparate beschränkt wurde, deren Zahl und Art aber immer noch merkwürdig genug war.

Alsbald trat eine kritische Wendung für die Anstalt ein, indem das Herzogthum Westfalen 1816 an Preussen fiel und mit der Provinz Westfalen vereinigt wurde. Nun war die Anstalt, die schon vorher wenig Raum bot, viel zu klein; aber man fand keinen Entschluss, weder sie zu erweitern noch eine andere Anstalt mehr in der Mitte der Provinz zu bauen. Lange dachte man daran, für das Rheinland und Westfalen zusammen eine gemeinsame Anstalt (Siegburg) zu errichten: auch wurde alles Gewicht darauf gelegt, dass zwei Arten von Anstalten vorhanden sein müssten, die eine für heilbare, die andere für unheilbare Kranke, und dieses Princip stand noch lange im Wege, als man sich, hauptsächlich in Folge einer Verstimmung des Herrn v. Vincke, von dem rheinischen Project getrennt hatte. Die westfälischen Landstände, welche sich entschlossen hatten, ihre Anstalt in Marsberg zu einer relativ vereinigten Heil- und Pflegeanstalt zu erweitern, kämpften mit dem Ministerium von Altenstein fast um jeden Fuss des Abstandes, welchen der bei der alten Anstalt zu errichtende Neubau einer Heilanstalt haben sollte. Zwei in dieser Zeit in der Provinz vorgenommene Zählungen der Geisteskranken ergaben bei einer Bevölkerung von 1427652 Einwohnern im Jahre 1817/18: 1159, im Jahre 1824/25: 1428 Irre. Nach verschiedenen, durch das dringende Bedürfniss bedingten Erweiterungsbauten im alten Kloster wurde endlich im Jahre 1835 die neue Heilanstalt nahe bei dem als Pflegeanstalt verbleibenden alten Hause errichtet.

Die Zahl der aufzunehmenden Geisteskranken war auf 220 angenommen worden, davon 80 für die Heilanstalt, 140 für die Pflegeanstalt. Nach einer anfänglichen auffallenden Zurückhaltung der Gemeinden in der Benutzung der Anstalt machten sich bald verschiedene Erweiterungen nöthig, die aber mit dem Bedürfnisse durchaus nicht gleichen Schritt hielten. 1848 betrug der Krankenstand 312, 1856: 376, 1864: 479, während die Räume nur für 270 berechnet waren. So kam es nach verschiedenen Zwischenprojecten zu folgenden Entschlüssen: Bau einer neuen Anstalt, Trennung der Anstalten nach Confessionen und Erweiterung der Marsberger Anstalt unter Aufhebung der alten Klostergebäude. Die Anstalt erhielt statt der H-Form die Gestalt eines HH; sie behielt ihre katholischen Kranken und gab die evangelischen an die fast zu gleicher Zeit (1864/65) neu erbaute Anstalt zu Lengerich in Westfalen ab.

Der Krankenstand in Marsberg während der Zeit von 1861—1864 auf die Bevölkerung Westfalens berechnet ergab 1 Geisteskranken in der Anstalt auf 3576 Einwohner oder 0,28 pro Mille.

Die Anstalt zu Lengerich, in einem relativ geschlossenen Viereck angelegt, die Hauptabtheilungen in einem Corridorstil von reichlichen Abmessungen gebaut und mit gedeckten Verbindungsgängen versehen, war für ihre Zeit mustergültig; sie entbehrte jedoch der Centralheizungen, sowie der in späterer Zeit aufgekommenen Wachabtheilungen. Gegenwärtig, wo es sich darum handelt, diese Mängel auszugleichen, zeigt sich die geschlossene Anlage einigermaassen, jedoch nicht durchaus, hinderlich. Nur die enge Besetzung der Baufläche lässt sich natürlich nicht mehr ändern. Ursprünglich für 200 Kranke berechnet, dann für 300 Kranke gebaut, kann die Anstalt in Folge gewisser Erweiterungen, welche sie erfuhr, bei zulässiger äusserster Ausnutzung des Platzes zur Zeit 450 Kranke beherbergen. Im Jahre 1887, als diese Belegungsfähigkeit erreicht war, hatte die Anstalt für Bau 1 411 136 Mark, für Grundbesitz (325 Morgen) 99 264 Mark, zusammen 1 510 400 Mark gekostet. Das Inventar ist zur Zeit mit einer Summe von 276 630 Mark versichert.

Die Aufsicht über die Provinzial-Anstalten war bis zum Jahre 1870 unmittelbar von der Staatsregierung (dem Oberpräsidenten) ausgeübt worden. Durch das Gesetz über den Unterstützungswohnsitz vom 8. März 1871 ging mit der Befugniss zur selbstständigen Fürsorge für die Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Blinden und Taubstummen die unmittelbare Aufsicht an die Provinzialverwaltung



selbst über, ohne dass diese Aenderung einen merkbaren Einfluss auf die Frequenz der Irrenanstalten gehabt hätte. Ende März 1878 befanden sich in Lengerich 406, in dem damals wieder stark überfüllten Marsberg 490, zusammen 896 Kranke.

Da wurde die dritte Anstalt eingerichtet, und zwar in dem bisherigen katholischen Mädchenstift Marienthal bei Münster. Die Anstalt wurde zunächst als Pflegeanstalt zur Entlastung der vorhandenen geplant. Sie erhielt aber durch Erweiterung bald den Charakter einer Heil- und Pflegeanstalt wie die anderen.

In den letzten Jahren ist sie noch mehr ausgebaut, hat namentlich ein schönes neues Wirthschaftsgebäude und elektrische Beleuchtung erhalten, und hat einen ähnlichen Krankenbestand wie die beiden älteren Anstalten. In Folge ihrer allmählichen, ohne zusammenhängenden Grundplan erfolgten Entstehung ist sie wenig symmetrisch, durch die weitere Trennung der Krankenabtheilungen von einander den modernen Bauprincipien näher stehend, die aber erst bei der jüngsten Anstalt, derjenigen zu Aplerbeck, ganz befolgt worden sind. Ehe es aber soweit kam, wurde auf Grund der von dem verstorbenen Koster hauptsächlich vertretenen Ansicht, dass die Haupt- oder Primäranstalten regelmässige Entlastung durch Abgabe alter Pfleglinge haben müssten, an Stelle der hierfür aufgegebenen Münster'schen Anstalt eine andere ins Leben gerufen, nämlich das auf einem grossen, der Provinz gehörigen Gute gelegene Eickelborn, mit dessen Bau 1883 begonnen wurde.

Es nimmt bis jetzt reglementmässig nur ruhige, vorzugsweise bettlägerige, irre Pfleglinge auf und hat seit seinem vollständigen Ausbau für etwa 500 Kranke Platz. Die Verwaltung der Anstalt ist durch den Anschluss ihres ökonomischen Theiles an die Verwaltung des für sich selbstständigen ca. 1000 Morgen grossen Gutes Eickelborn und durch die einseitige Auswahl der Kranken wesentlich vereinfacht; dem Ideal einer Irrenanstalt steht aber Eickelborn auf diese Weise auch recht fern, und sie leistet den Hauptanstalten, weil sie denselben nur ruhige Kranke abnimmt, nur beschränkte Dienste. Der Mangel in letzterer Beziehung sollte, wie wir sehen werden, in neuester Zeit durch die Benutzung von Privat-Irrenanstalten ersetzt werden.

Am 31. März 1890 befanden sich folgende Krankenbestände in den bis dahin vorhandenen vier Anstalten:

in Marsberg	in Lengerich	in Münster	in Eickelborn
436	447	342	320

zusammen 1545. Ausserdem bestanden damals noch zwei Privat-Irrenanstalten in Westfalen, nämlich die Ordensanstalt für weibliche katholische Kranke St. Rochus-Hospital bei Telgte mit 118 Kranken und die Privatanstalt des Herrn Riedel zu Schweicheln bei Herford mit 55 westfälischen Kranken. Mithin waren im Jahre 1890 in Anstalten im Ganzen untergebracht 1718 Geisteskranke oder 0,7 pro Mille der Bevölkerung. Dies genügte dem Bedürfniss keineswegs, und die in Folge des Platzmangels eingetretene Stockung in den Krankenaufnahmen wurde zu einer fühlbaren Calamität. Deshalb wurde am 28. October 1890 der Bau der vierten Primäranstalt beschlossen. Ehe dieselbe zur Ausführung gelangte, kam das Gesetz über die ausserordentlichen Armenlasten vom 11. Juli 1891, welches am 1. April 1893 in Kraft treten sollte, und welches bekanntlich in Folge der Vertheilung der bis dahin von den Gemeinden allein getragenen Pflegekosten auf Gemeinde, Kreis und Provinz, und weil es an die Stelle der früheren Befugniss zur Unterbringung der Geisteskranken die Verpflichtung setzte, in allen preussischen Provinzen den Zudrang zu den Irrenanstalten erheblich verstärken sollte. Eine um jene Zeit angestellte Berathung, ob durch Einrichtung von Familienpflege weiterer Platz zu schaffen sei, führte zu dem Ergebniss, dass in Folge der confessionellen Trennung der westfälischen Geisteskranken und des eigenen Bedürfnisses der Anstalten an arbeitenden Kranken für ihre Ackerwirthschaften auf absehbare Zeit die Einrichtung von Familienpflege in Westfalen aussichtslos sei.

Da ahmte in der Noth die Provinzialverwaltung das Beispiel der Rheinprovinz nach und gab eine grosse Zahl von unheilbaren Pfleglingen, darunter auch unruhige, an Privatanstalten, vorzugsweise Ordensanstalten im Rheinland, ab und fuhr damit auch in den folgenden Jahren fort. Hierzu kamen Erweiterungen in Eickelborn und Münster, sowie die Gründung der Alexianer-Pflegeanstalt Haus Kannen bei Amelsbüren; dann folgte die neue Anstalt in Aplerbeck, welche am 5. April 1895 mit den ersten Kranken bezogen wurde.

Diese Anstalt lehnt sich in ihrem Plane ziemlich eng an denjenigen der Anstalt zu Lauenburg i. P. an und besteht demgemäss aus räumlich getrennten Abtheilungen, deren kleinere Hälfte freie Gärten und offene Thüren hat. Sie erhält wie Lengerich nur

7*



evangelische Kranke, während Marsberg und Münster für die Katholiken bestimmt sind. Zur Zeit hat sie Platz für etwa 500 Kranke, während ihre nothfällige Erweiterung auf 600 im Plane vorgesehen ist. Für den Grundkauf (200 Morgen) sind verausgabt 195000 Mk., für Bauten, Inventar etc. 2642371 Mk., in Summa 2837371 Mark, was einem Betrage von 5674 Mark pro Kopf entspricht.

Die Anstalt hat sich schnell gefüllt und trotz anfänglich sehr ungünstigen Krankenmaterials (gutentheils aus denjenigen evangelischen Pfleglingen bestehend, welche anfänglich in katholische Ordensanstalten evacuirt waren und dann aus denselben zurückgezogen wurden) sich dem Opendoor-System gemäss in erwünschtem Maasse entwickelt.

Der so gewonnene Platz hat immer noch nicht ganz genügt. Nicht nur, dass die Privatanstalten noch fortdauernd mitbenutzt werden mussten, die westfälischen, unter ihnen Haus Kannen und Telgte, wurden noch erweitert, und als im letzten Jahre Herr von Bodelschwingh sich bereit erklärte, für evangelische Pfleglinge bei **Bielefeld** zu bauen, wurde auch dieses Anerbieten angenommen. — Am 1. März 1898 (vor dem Bau bei Bielefeld und vor der Erweiterung von Haus Kannen) vertheilten sich die westfälischen Geisteskranken wie in untenstehenden Tabellen bezeichnet. Hieraus ergiebt sich, dass am 31. März 1898 von den Geisteskranken der Provinz Westfalen im Ganzen in Anstalten untergebracht waren 3078 oder etwa 1,2 ‰ der Bevölkerung. Mithin war vor einem Jahre die Zahl der in Anstalten untergebrachten Geisteskranken seit 1890 von 0,7 auf 1,2 ‰ der Bevölkerung gestiegen. Man wird in dieser Zunahme grösstentheils eine Wirkung des Gesetzes vom 11. Juli 1891 erblicken müssen. Die Provinz bleibt aber mit ihrer Verpflegungsziffer für Geisteskranke immer noch hinter dem Durchschnitt für Preussen, welcher im Jahre 1894 schon 1,54 ‰ betrug, zurück. Da von den 3066 Geisteskranken 805 in Privatanstalten, 2261 in den eigenen öffentlichen Anstalten der Provinz untergebracht waren und im laufenden Jahre in die neue Bielefelder Anstalt 100 Kranke, in den Erweiterungsbau von Haus Kannen noch etwa 60 Kranke ver-

In **Provinzial-**

Name der Anstalten:	Marsberg			Lengerich			Münster		
	Männer	Frauen	Zus.	Männer	Frauen	Zus.	Männer	Frauen	Zus.
Bestand am 1. April 1897	243	218	461	239	217	456	193	240	433
Zugang	82	80	162	56	30	86	85	83	168
Abgang	101	86	187	56	32	88	103	83	186
Bestand am 31. März 1898	224	212	436	239	215	454	175	240	415
Art des Abgangs:									
Geheilt	27	29	56	10	11	21	15	20	35
Gebessert	13	8	21	20	6	26	22	6	28
Ungeheilt	45	37	82	7	3	10	48	45	93
Gestorben	13	11	24	15	12	27	15	11	26

In **Privat-**

Name der Anstalten:	Ebernach			Trier			Krefeld			Neuss z. h. Joseph			Wald-breitbach			Telgte			Haus Kannen		
	M.	Fr.	Zus.	M.	Fr.	Zus.	M.	Fr.	Zus.	M.	Fr.	Zus.	M.	Fr.	Zus.	M.	Fr.	Zus.	M.	Fr.	Zus.
Bestand am 1. April 1897	36	—	36	27	—	27	23	—	23	—	19	19	30	—	30	—	121	121	160	—	160
Zugang	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	1	1	—	—	—	—	35	35	42	—	42
Abgang	36	—	36	27	—	27	—	—	—	—	2	2	30	—	30	—	25	25	21	—	21
Bestand am 31. März 1898	—	—	—	—	—	—	25	—	25	—	18	18	—	—	—	—	131	131	181	—	181
Art des Abgangs:																					
In andere Privat-Anstalten überführt	36	—	36	26	—	26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Entlassen	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	30	—	30	—	12	12	12	—	12
Gestorben	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	13	13	9	—	9



bracht worden sind, so ersieht man zugleich, in welchem Maasse die westfälische Provinzialverwaltung von der historischen selbstständigen Verpflegungsart ihrer Geisteskranken abgedrängt worden ist.

Die nächste Zukunft der westfälischen Irrenanstalten liegt abgesehen von der bereits beschlossenen Anlage eigener Aufnahme-Wachstationen in Lengerich und Münster in der Erweiterung von Eickelborn, welches durch den Bau von Häusern für unruhige und rüstige Pfleglinge auf 800 Plätze gebracht werden könnte. Das System der Entlastung der Haupt- oder Aufnahmeanstalten durch Abgabe von Pfleglingen an Pflegeanstalten dürfte damit aber an der Grenze seiner Ausdehnungsfähigkeit für absehbare Zeit angelangt und der Bau einer fünften Hauptanstalt darnach wieder nahe gerückt sein.

Zum Schluss noch einige Notizen über die provinzielle Fürsorge für die Epileptischen und Idioten. Dieselbe ist in Westfalen wie auch meist sonst aus privaten Bestrebungen hervorgegangen. Die zur Zeit grössste Anstalt in Westfalen für Epileptische ist Bethel bei Bielefeld, um das Jahr 1867 erbaut, unter einem Verwaltungsrath durch Herrn Pastor von Bodelschwingh geleitet. Bemerkenswerth ist, dass nach der ersten Einrichtung die Leitung eine Zeitlang in der Hand eines Lehrers lag. Weil Bethel lange Zeit die einzige Anstalt ihrer Art in Preussen war, wuchs sie durch ihre vertragsmässige Benutzung seitens mehrerer Provinzialverwaltungen sehr schnell, und beherbergte zeitweilig über 1000 Epileptische. In neuerer Zeit ist ein gewisser Stillstand in ihrer Ausdehnung dadurch entstanden, dass einige Provinzen selbst Einrichtungen für ihre Epileptischen zu treffen begonnen haben, zugleich ist durch die allgemein von der Regierung gestellten höheren Anforderungen an die Raumverhältnisse und die Vermehrung der Aerztezahl ihre qualitative Leistungsfähigkeit erheblich gesteigert worden. Nachdem Bethel längere Zeit auch Idioten aufgenommen hatte, wurde unter Leitung des kürzlich verstorbenen Pastor Krekeler für diese Pfleglinge eine besondere Anstalt Wittekindshof bei Volmerdingsen (Kreis Minden) errichtet, welche durch ihre vorjährige Erweiterung auf etwa 300 Plätze gebracht

Anstalten.

Aplerbeck			Eickelborn			Summe aller Anstalten			Bemerkungen.
Männer	Frauen	Zus.	Männer	Frauen	Zus.	Männer	Frauen	Zus.	
196	190	386	260	239	499	1131	1104	2235	
129	104	233	14	18	32	366	315	681	Ausserdem im Landarmenhause zu Geseke noch 12 Pfleglinge.
84	76	160	20	14	34	364	291	655	
241	218	459	254	243	497	1133	1128	2261	
13	18	31	—	—	—	65	78	143	= 21 % der Aufnahmen.
22	33	55	2	—	2	79	53	132	= 19,4 % der Aufnahmen.
23	14	37	2	1	3	125	100	225	
22	11	33	16	13	29	81	58	139	= 4,8 % der im ganzen Verpflegten.

Anstalten.

Bendorf			Schweicheln			Neuss (Alex.-Anstalt)			München-Gladbach			Maria-Lindenhof*)			Aachen			Bielefeld			Summe aller Anstalten		
M.	Fr.	Zus.	M.	Fr.	Zus.	M.	Fr.	Zus.	M.	Fr.	Zus.	M.	Fr	Zus.	M.	Fr	Zus.	M.	Fr.	Zus.	M.	Fr.	Zus.
—	62	62	50	24	74	24	—	24	27	—	27	14	—	14	56	—	56	5	13	18	452	239	691
—	70	70	3	—	3	—	—	—	33	—	33	57	—	57	45	—	45	9	5	14	191	111	302
—	8	8	3	2	5	2	—	2	4	—	4	8	—	8	6	—	6	4	10	14	141	47	188
—	124	124	50	22	72	22	—	22	56	—	56	63	—	63	95	—	95	10	8	18	502	303	805
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	64	—	64
—	2	2	1	1	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	2	—	2	3	10	13	50	25	75
—	6	6	2	1	3	1	—	1	4	—	4	6	—	6	4	—	4	1	—	1	27	22	49 = 4,9 % der im ganzen Verpflegten.

*) Zugleich Anstalt für katholische Epileptiker.

8



worden ist. Auf katholischer Seite war es zuerst der Director der Marsberger Anstalt Koster, welcher — und zwar für Idioten — in Marsberg eine Einrichtung schuf, indem er mit Hilfe seines Unterstützungsvereins für entlassene Geisteskranke und Idioten die erforderlichen Mittel sammelte. Die Anstalt wurde 1881 eröffnet, 1895 durch einen Neubau erweitert, in Folge dessen sie ca. 330 Plätze aufweist, und besitzt seit dem vorigen Jahr einen eigenen Hausarzt in der Person des früheren Assistenzarztes der Marsberger Irrenanstalt Dr. Herwig, während die Direction eine geistliche geblieben ist.

Für katholische Epileptische sind in neuerer Zeit eingerichtet worden die Anstalt der barmherzigen Brüder Maria-Lindenhof bei Dorsten (für männliche Kranke) und Mariahilf bei Tilbeck (für weibliche). Die gesammte Vertheilung dieser Kranken ergiebt sich aus folgender Uebersicht, wobei hinsichtlich der Anstalt Bethel noch besonders erinnert wird, dass nur die westfälischen Kranken (nicht der ganze Anstaltsbestand) aufgeführt sind.

Uebersicht
über den Bestand der in Anstalten der Provinz Westfalen am 1. April 1898 untergebracht gewesenen westfälischen Epileptischen und Idioten.

Lfd. Nr.	Name der Anstalt	Krankenbestand am 1. April 1898		
		M.	Fr.	Zus.
	A) Epileptische.			
1	Maria-Lindenhof bei Dorsten . . .	100	—	100
2	Mariahilf zu Tilbeck	—	76	76
3	Bethel bei Bielefeld	167	165	332
4	Prov.-Landarmen- und Krankenhaus zu Geseke	2	3	5
	Im Ganzen	269	244	513
	B) Idioten.			
1	Blödenanstalt Wittekindshof bei Volmerdingsen	169	119	288
2	Bethel bei Bielefeld	10	2	12
3	Prov.-Landarmen- und Krankenhaus zu Geseke	3	3	6
4	Idioten-Anstalt zu Nieder-Marsberg (Bestand am 31. December 1897)	200	131	331
	Im Ganzen	382	255	637

Anstaltsartefakte.

Von Direktor Dr. Kreuser, Schussenried.

Von wem zuerst gewisse Zustände bei Geisteskranken, die bei längerem Aufenthalte derselben in den Anstalten, anstatt besser zu werden, eher sich mit der Zeit noch verschlimmern, als Anstaltsartefakte bezeichnet worden sind, ist mir nicht bekannt. Klingt dieser Ausdruck auch hart für den praktischen Psychiater, so ist es doch nicht mehr als billig, dass alle ungünstigen Erfahrungen immer wieder zur Kritik der üblichen Behandlungsmethoden herausfordern und, wenn bei solchen Erörterungen unter Fachgenossen auch einmal ein scharfes Wort fällt, so wird man das im Interesse der Sache gern entschuldigen. Fraglich ist es aber, ob es sich ebenso rechtfertigen lässt, dass Kraepelin in seinem Lehrbuche der Psychiatrie, das bei jedem neuen Erscheinen so durchgreifende Umarbeitungen zeigt, schon durch mehrere Auflagen bei Besprechung der Isolirung unverändert die Stelle wiederholt: „Sie (d. i. die längere Isolirung) ist es in erster Linie, welche die ‚Anstaltsartefakte' erzeugt, jene Kranken, die wegen ihrer Verwilderung nach den verschiedensten Richtungen hin den Schrecken der Anstalten bilden. Ich glaube diese Züge bei periodisch Kranken in neuen Anfällen noch nach Jahrzehnten als Andenken an frühere dauernde Isolirung erkannt zu haben." So im Lehrbuche eine Reihe von Jahren hindurch wiederholt, während deren die psychiatrische Praxis nicht unwesentliche Fortschritte gemacht hat, enthalten diese Worte einen Vorwurf, der nicht ohne Weiteres hingenommen werden sollte.

Offenbar hat Kraepelin dabei vor allem chronische und periodische Erregungszustände im Auge, bei denen im Laufe der Zeit sich recht allmählich intellectuelle und ethische Defektzustände herausbilden. Meist ohne dass je stärkere Trübungen des Bewusstseins stattgefunden hätten, verändert sich, je länger die Aufregung währt resp. je häufiger sie sich wiederholt, der Vorstellungsinhalt immer mehr in egocentrischem Sinne. Eben hieraus entspringen ja auch die antisocialen Eigenschaften, die den Anlass zur Verbringung dieser Kranken in die Anstalten zu geben pflegen. Krankheitsgefühl fehlt in der Regel

und so protestiren diese Kranken vielfach recht lebhaft gegen die Freiheitsberaubung, gerathen sie in starke Gereiztheit gegenüber den Angestellten der Anstalt, vielfach um so mehr, je häufiger die Aufnahme schon nothwendig geworden ist. Während ihres Aufenthaltes in der Anstalt werden sie dann vielfach zu recht störenden Elementen, vorzugsweise durch ihre ethische Defectuosität, die sie ihre egoistischen Strebungen in rücksichtslosester Weise zur Geltung bringen lässt. Dass dabei die formale Seite des Vorstellungslebens wenig zu leiden pflegt, dass sich bisweilen eine nicht geringe rabulistische Gewandtheit im Auftreten solcher Kranken ausbildet, erhöht deren schlimmen Einfluss auf ihre Umgebung. Es ist dies doch wohl die besondere Art und Weise, in der sich die schädigende Wirkung länger dauernder psychischer Krankheit auf die Gehirnfunktionen gerade bei diesen Formen zu äussern pflegt. Die damit Hand in Hand gehende intellectuelle Schädigung tritt weit weniger hervor; dem Kundigen verräth sie sich gleichwohl nicht nur durch die Qualität der vorherrschenden Associationen, sondern ganz besonders durch die gewohnheitsmässige Wiederholung immer derselben Redewendungen und Rabulistereien, durch zunehmende Eintönigkeit auch im motorischen Verhalten. So wurzeln sich allerhand üble Gewohnheiten ein, wobei in schweren Fällen auch Neigung zu Unreinlichkeit, Onanie, Gewaltthätigkeiten etc. nicht fehlen, und diese üblen Angewöhnungen wiederholen sich auch in neuen Krankheitsanfällen als Andenken an die früheren. Nicht selten werden gerade auch sie von den Kranken selbst mit dialektischer Gewandtheit als lediglich durch das ungerechtfertigte Einschreiten gegen ihre Person verursacht zu motiviren gesucht.

In der That aber ist es vor Allem die Abnahme der gesammten corticalen Leistungen, was das Einwurzeln bald dieser bald jener üblen Angewöhnung fördert und zwar nicht nur bei den chronischen und periodischen Erregungszuständen, sondern auch bei der Paranoia und noch anderen chronischen Geistesstörungen, vor Allem bei den von Kraepelin unter dem Namen der Dementia praecox zusammengefassten. Gerade für die letzteren sind ja eingewurzelte und recht üble Angewöhnungen so charakteristisch, dass die einzelnen ihre besonderen Namen erhalten haben. Auch hier sind sie im Verlaufe des Krankheitsprocesses gelegen, ist ihr Auftreten ein Ausdruck der beginnenden Verblödung und wird als fatales prognostisches Kriterium von Kraepelin besonders betont. Ueble Angewöhnungen entwickeln sich also bei den verschiedensten klinischen Formen chronischer Geisteskrankheiten, auch ohne dass jemals zur Isolirung der Patienten geschritten worden wäre. Ihre Ausbildung so viel als möglich zu verhindern, wird allerdings stets eine der wichtigsten Aufgaben unserer Therapie bleiben.

Dass sie durch eine allzulange Isolirung gefördert werden können, soll nicht bestritten werden. Ebenso wird zuzugeben sein, dass gerade die oben skizzierten Erregungszustände von jeher verhältnissmässig am häufigsten zu Isolirungen, auch zu solchen aus mehr „disciplinären" Gründen Anlass gegeben haben werden. Ob aber gerade sie für die Einwurzelung der üblen Gewohnheiten so vorzugsweise verantwortlich gemacht werden können, dass man ihnen hauptsächlich die Erzeugung von Anstaltsartefakten zur Last legen darf, ob namentlich auch jetzt noch solche fortwährend geschaffen werden, dürfte denn doch eine andere Frage sein. Es ist meines Erachtens zu bestreiten nicht nur wegen des über die Entwickelung der üblen Angewöhnungen Gesagten, sondern auch wegen der Thatsache, dass Isolirungen in der psychiatrischen Praxis heutzutage doch weit seltener sind, als dies nach der oben citierten Stelle bei Kraepelin den Anschein gewinnen könnte. Was ich selbst vor bald 7 Jahren über die Indicationen zur Isolirung gesagt habe,*) gilt ja heute schon als veraltet,**) man richtet jetzt nicht nur Anstalten ein ohne Isolirabtheilungen und baut die älteren Anstalten um,***) sondern verwirft selbst die Isolirungen ganz und gar. Ob man hierbei nicht das Kind mit dem Bade ausschütte, soll aus diesem Anlasse nicht erörtert werden. Handelt es sich doch für jetzt nur darum festzustellen, dass die langdauernden Isolirungen wohl nur noch der Geschichte der Psychiatrie angehören, dass sie heutzutage jedenfalls für „Anstaltsartefakte" nicht mehr so vorzugsweise verantwortlich gemacht werden dürfen. Dass die unzweckmässige Handhabung der Isolirung sehr bedenkliche Schattenseiten hat, ist ja allgemein anerkannt; welche Behandlungsweise hätte diese nicht, wenn sie am unrechten Orte, in ungeeignetem Masse geübt wird? Auch durch ungeschicktes Verhalten

*) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, L, pag. 210.

**) Hoppe, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, LIV, pag. 910 und 952.

***) Auch ich habe schon über die Hälfte meiner 1892 angegebenen Isolirräume als solche eingehen lassen.

gegenüber dem Wahnsystem des Paranoikers, durch allzu häufige Provocation der Bewegungsstereotypen des Katatonikers können Artefakte erzeugt werden. Vor allen solchen Fehlern soll uns ein Lehrbuch warnen; es kann dies erreichen, auch wenn es vermeidet, bei denen, die es in die Psychiatrie einführen will, das Misstrauen zu erwecken, als würden in den Anstalten so viele Artefakte gezüchtet!



Versammlungen.

Psychiatrischer Verein zu Berlin.

(Sitzung vom 18. März 1899.)

1. Herr Moeli: Die Geisteskranken im B. G.-B. und in der Civilprocessordnung.

Vortragender bespricht zunächst die Entstehung des § 6 Nr. 1. Das B. G.-B. hat in den Benennungen und Formulirungen sich nur an rechtliche Begriffe gehalten. Es hat ausser der „Geisteskrankheit“ eine „Geistesschwäche“ aufgestellt. Diese entspricht nicht dem medicinischen Begriffe dieses Namens, ist zum Theil sogar gegensätzlich. Beiden im Gesetz angenommenen Zuständen kommt ferner die Eigenschaft zu, dass bei dem Träger das Vermögen zur Besorgung seiner Angelegenheiten aufgehoben ist; denn nur solche Folge charakterisirt überhaupt die Geisteskrankheit und Geistesschwäche des Gesetzes, und nur auf diesem Boden sind sie zu unterscheiden. Ebenso, namentlich wie beide Begriffe rechtlicher Natur sind, kann auch die Bedeutung von „Geisteskrankheit“ und „Geistesschwäche“ nicht in den klinischen oder sonst durch ärztliche Beobachtung festgestellten, natürlichen Besonderheiten der Fälle gefunden werden. Nur durch die Verschiedenheit der Rechtsfolgen sind die Begriffe voneinander abgegrenzt. In dem gemeinsamen Unvermögen zur Besorgung der Angelegenheiten wird die Geisteskrankheit als juristisches Aequivalent des Kindesalters (unter 7 Jahren), die Geistesschwäche als solches der Minderjährigkeit (vom 7. bis 21. Jahre) für die rechtliche Stellung betrachtet. Daher ist der wegen Geisteskrankheit Entmündigte geschäftsunfähig, der wegen Geistesschwäche Entmündigte beschränkt geschäftsfähig.

Vortragender erläutert die aus dieser Entstehung und Formung des Gesetzes für den ärztlichen Sachverständigen entstehenden Schwierigkeiten. Er kann von der Heranziehung der gesetzlichen Begriffe überhaupt nicht absehen, wenn er seinen Befund der Ausdrucksweise des Gesetzes anpassen will. Die Frage, ob Jemand seine Angelegenheiten besorgen kann, ist dem Arzte wohl verständlich und seinen Ueberlegungen zugängig, da er schon in seiner Behandlung der Kranken fortwährend mit ähnlichen Erwägungen arbeitet. Ob aber die aus der Beeinträchtigung des Handelns entstehende Veränderung derart ist, dass ein Kranker deshalb „seine Angelegenheiten“ als Gesammtbegriff und Gesammtwerth nicht mehr besorgen kann — beziehungsweise ob es nöthig ist, diesen Gesammtwerth rechtlich zu schätzen, das muss der Richter entscheiden. Man suche also in den nicht völlig klar liegenden Fällen eine Form des Gutachtens, welche die Entscheidung in dieser Hinsicht dem Richter überlässt, nachdem der Umfang, in dem das Handeln beeinflusst wird, möglichst dargestellt ist.

Der Sachverständige, welcher sich für Vorhandensein von „Geisteskrankheit“ oder „Geistesschwäche“ in der Bedeutung des § 6 Nr. 1 ausspricht, hat damit die Frage nach dem Vermögen seine Angelegenheiten zu besorgen, schon verneint, denn Geisteskrankheit und Geistesschwäche, bei welchen dies Vermögen unbeeinträchtigt bliebe, kennt und unterscheidet das Gesetz überhaupt nicht. Der Gutachter hat von diesem Gesichtspunkte aus keinen Grund, nach solchen Erklärungen die Frage nach dem Vermögen etc. noch ausdrücklich zu beantworten.

Die „Geistesschwäche“ und „Geisteskrankheit“ vermag er zwar nicht psychologisch den in der Rechtsstellung correspondirenden Altersstufen gleich zu setzen, jedoch wird er den Unterschied in gesetzlicher Hinsicht so weit verstehen können, um eventuell in diesen Abstufungen seine Befunde zu ordnen. — Im Uebrigen wird möglicherweise wie bei § 51 Str.-G.-B. den theoretischen Bedenken in der Praxis keine durchgreifende Wirkung eingeräumt werden.

Von erheblicher Wichtigkeit ist für Moeli der § 1910 (Pflegschaft). In ausführlicher Weise erörtert er das Bedürfniss, für Geisteskranke, namentlich in Anstalten, eine gesetzliche Vertretung zu beschaffen. Er erläutert die Nothwendigkeit der Forderung vom Standpunkte des behandelnden Arztes aus, insbesondere gegenüber den Kranken, bei welchen die angestrebte Entlassung wegen criminellen oder gewaltthätigen Vorlebens auf Schwierigkeiten stösst. E bespricht sodann die Bedenken, welche aus der Forderung der Zustimmung des Betreffenden zur Bestellung des Pflegers sich ergeben können, und inwiefern hier die Auslegung des Wortes „Verständigung“ für den Umfang, in welchem der Paragraph verwandt werden kann, sich von Bedeutung erweisen wird. In der Erledigung der Frage, inwieweit auf Grund dieser Gesetzesbestimmung solchem Bedürfnisse genügt werden kann, liegt eine der wesentlichsten Aufgaben, welche die praktische Anwendung des B. G.-B. zu lösen hat.

Einige Bemerkungen über §§ 827 und 832 machen den Schluss.

(Der Vortrag wird ausführlich in der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin erscheinen.)

Herr Leppmann führt aus, dass der § 6 B.G.-B. eine gewisse Analogie mit § 51 Str.-G.-B. habe und dass es erforderlich sei, dem Richter des Näheren darzulegen, dass der Kranke die Fähigkeiten verloren habe, seine Angelegenheiten zu besorgen. Die Schwierigkeiten des § 1910 seien eventuell durch Heranziehung des § 1906 (vorläufige Vormundschaft) zu umgehen.

Herr Brasch hält letzteres für unwahrscheinlich.

Herr Moeli ist in diesem Punkte mit dem letzten Vorredner einverstanden und betont des Weiteren, dass es überflüssig sei, dem Richter näher zu erläutern, dass die Fähigkeit, seine Angelegenheiten zu besorgen, aufgehoben sei, da dies bereits durch die Anwendung der Ausdrücke „Geistesschwäche“ und „Geisteskrankheit“ gesagt sei.

2. Herr Kaplan: Kopftrauma und Psychosen (klinisch-theoretisch).

Nach Erörterung der Hauptfehlerquellen derartiger Untersuchungen im Allgemeinen berichtet Vortragender im Anschluss an seine Untersuchungen über Trauma und progressive Paralyse (546 Fälle), über die Bedeutung des Kopftrauma bei 1635 Nichtparalytikern, also im Ganzen über die Rolle des Kopftrauma bei 2181 Geisteskranken.

I. In Bezug auf die einzelnen Krankheitsformen ergab sich:

a) Kopftrauma vor Beginn der Krankheit erwähnt (bei den häufigeren Krankheitsformen)

	Epilepsie u. Verwandtes (v. 145 Fäll.)	Idiotie und Imbecillität (v. 213 Fäll.)	Paran. hall. chron. (v. 430 Fäll.)	Dem. senil. (v. 162 Fäll.)	Dem. paralyt. (v. 546 Fäll.)
Im Ganzen	30 %	6 %	4,4 %	3,8 %	2,2 %
Mit anderen wesentl. aetiol. Momenten .	24 „	1,8 „	2,6 „	—	1,0 „
Ohne nachweisb. andere aetiol. Momente	6,2 „	4,2 „	1,9 „	—	0,9 „

b) Kopftrauma vor Beginn der Krankheit, soweit durch die klinischen Erscheinungen die Annahme eines directen Zusammenhanges nahegelegt wird (bei den häufigeren Krankheitsformen)

	Epilepsie u. Verwandtes (v. 145 Fäll.)	Idiotie und Imbecillität (v. 213 Fäll.)	Paran. hall. chron. (v. 430 Fäll.)	Dem. senil. (v. 162 Fäll.)	Dem. paralyt. (v. 546 Fäll.)
Im Ganzen	29,6 %	5,6 %	1,9 %	3,0 %	0,9 %
Zusammen m. anderen der übl. aetiol. Mom.	24 „	1,8 „	1,6 „	3,0 „	0,9 „
Ohne nachweisb. and. der übl. aetiol. Mom.	5,5 „	3,8 „	0,2 „	—	—

c) Kopftrauma nach Beginn der Krankheit (bei den häufigeren Krankheitsformen)

	Epilepsie u. Verwandtes (v. 145 Fäll.)	Idiotie und Imbecillität (v. 213 Fäll.)	Paran. hall. chron. (v. 430 Fäll.)	Dem. senil. (v. 162 Fäll.)	Dem. paralyt. (v. 546 Fäll.)
Erwähnt	6,9 %	5,6 %	1,9 %	0,6 %	2,2 %
Beeinflussung klinisch bemerkbar	5,5 „	4,7 „	0,9 „	0,6 „	1,5 „

Aus der Analyse der einzelnen Fälle dieser häufigeren sowie der anderen selteneren Krankheitsformen ergiebt sich, dass das Kopftrauma eine mehr nebensächliche, auxiliäre Bedeutung für die progressive Paralyse, Lues cerebri, senile Demenz, periodische bezw. circuläre Psychosen, chronische Paranoia und Hysterie hat; es scheint von wesentlicher Bedeutung für epilepsieartige und alkoholische Psychosen, sowie für die geistigen Entwicklungshemmungen, es kann endlich zu schwer rubricirbaren Bildern führen, wie atypisches circuläres Irresein mit paranoischen Zügen, Characterveränderungen mit eigenthümlichen hallucinatorischen Störungen, halluc. Stupor, halluc. Verwirrtheit u. s. w.

Den einzelnen Krankheitsbildern verleiht es häufig eine bestimmte Färbung, denn es führt sehr oft zu gewissen Charaktereigenthümlichkeiten, welche zwar nicht ausschliesslich, aber doch vorwiegend affectiver Natur sind und sich als Herabsetzung der Affectbetonung der höheren Motivvorstellungen, Neigung zu depressiver Verstimmung, Neigung zu wahnhafter Auffassung der Umgebung, zu Stimmungswechsel, am häufigsten (46 % aller Fälle) als eine explosive Diathese bemerkbar machen, lebhafte Zornaffecte mit entsprechenden motorischen Aeusserungen, oft mit mangelhafter Berücksichtigung der Aussenwelt und Einschränkung der Erinnerung; ferner sind von vorübergehenden Erscheinungen ausser epileptischen Krämpfen (34 %), Schwindelanfällen (43 %), einfachen Absencen und Ohnmachten besonders häufig und wichtig bei den verschiedenartigsten Krankheitsformen: anfallsweise Angst mit und ohne Sinnestäuschungen, Zustände von hallucinatorischer Verwirrtheit, auch relativ geordnete, automatenhafte Handlungen mit nur traumhafter Verwerthung der Aussenwelt, hemicranieartiger Kopfschmerz, elementare Gesichts- und Gehörshallucinationen; all dies sowohl spontan, als auch bei körperlichen und geistigen Anstrengungen, affectiven Erregungen, eventuell selbst sehr mässigem Alcoholgenuss, bei Hitze, Lageveränderungen des Körpers.

Diese dauernde, nicht nur quantitative, sondern auch qualitative Aenderung der habituellen psychischen Empfindungs- und Reactionsweise auf Reize der verschiedensten Art, diese psychische Entartungsreaction ist aber nicht characteristisch für das Kopftrauma, sondern findet sich sehr ähnlich in gewissen Fällen als eine besondere Form der hereditären Degeneration, ferner als gemein epileptische und alkoholische



Degeneration; man kann diese Zustände daher unter der Bezeichnung „traumatische Degeneration" zusammenfassen.

Kaplan (Herzberge-Lichtenberg).

---

10. Congress der Irren- und Nervenärzte Frankreichs in Marseille vom 4. bis 8. April 1899.

Der 10. Congress der französischen Irren- und Nervenärzte wurde am 4. April in Marseille unter dem Vorsitz des Dr. Doutrebente von Blois eröffnet. Die feierliche Eröffnungssitzung fand in den Räumen der École de Médicine, in Pharo, statt unter dem Vorsitz von Dr. Flaissières, Bürgermeisters von Marseille.

Die darauffolgenden Verhandlungen hatten zum Gegenstand die Discussion über die Referate, sowie zahlreiche interessante Vorträge. 1. Bericht des Dr. Anglade, Arzt der Anstalt zu Braqueville (Garonne) über die „secundäre systematisirte Wahnbildung". Der Referent giebt eine vollständige historische Uebersicht über diesen Gegenstand und erörtert den secundären systematisirten Wahn bei der Manie, charakterisirt durch das Festhaften einer oder mehrerer Wahnvorstellungen und durch eine rudimentäre Systematikation. Desgleichen den systematisirten Wahn nach Melancholie, der viel häufiger vorkommt als bei Manie. Er theilt diese Wahnvorstellungen in drei Gruppen: a) der postmelancholische systematisirte Wahn besteht aus einer oder mehreren Wahnideen, welche sich während des psychoneurotischen Stadiums entwickelt haben und die Psychoneurose überdauern, manchmal auch die Sinnestäuschungen, deren Interpretation sie sind; b) der secundäre systematisirte Wahn nach Melancholie mit dem Charakter der progressiven systematisirten Psychosen; c) der postmelancholische Wahn mit ausschliesslich depressivem Charakter. Auch der nach Folie à double forme, sowie auf Neurosen und Intoxikationen folgende systematische Wahn wird eingehend erörtert.

2. Vortrag des Dr. G. Ballet aus Paris über die „polyneuritischen Psychosen", die er in drei Hauptgruppen theilt: a) die mit Wahnbildung, b) die mit Verwirrtheit einhergehende, c) die amnestische Form. Projection von Nervenzellenveränderungen in verschiedenen polyneuritischen Psychosen.

3. Referat von Dr. Taty, Chef des travaux in der psychiatrischen Klinik in Lyon, über „verkannte und verurtheilte Geisteskranke", an welches sich eine interessante Discussion anschloss. An derselben betheiligten sich Dr. Drouisseau, inspecteur général (aus dem Ministerium des Innern), Géraud, Granjux, Mobille, Vallon und Régis; es wurde von verschiedenen Seiten der Wunsch geäussert, die Sachverständigen sollten bei sämmtlichen Gerichtsinstanzen zugezogen werden, damit Verurtheilungen von Geisteskranken, die gegenwärtig noch sehr häufig stattfinden, in Zukunft möglichst vermieden werden.

Weit über 30 Arbeiten neurologischen und psychiatrischen Inhalts waren der Versammlung vorgelegt worden.

Der Congress schloss mit der Besichtigung der Anstalt zu St. Pierre in Marseille und derjenigen zu Aix-en-Provence, wo die Mitglieder die Büste des Dr. Pontier, ehemaligen Directors der Anstalt, einweihten. Ausserdem fanden interessante Ausflüge statt nach der Rhede von Marseille und nach dem dort befindlichen Lazareth, ebenso nach dem Hospital St. Maudries in Toulon.

Da der nächstjährige Congress international sein und in Paris stattfinden wird, so wird der 11. in Limoges im Jahre 1901 unter dem Vorsitz von Dr. Gilbert Ballet (Paris) abgehalten werden.

Dr. Taty (Lyon).

Medico-psychologische Gesellschaft von Quebeck. 15. October 1898.

(Nach The Quaterly Journal of Insanity 1899, Januar.)

Villeneuve: Aerztliche Atteste und Aufnahmen (Medical certificate and commitment).

In der Provinz Quebeck ordnet der Irrenanstaltsdirector die Aufnahme von Geisteskranken für seinen Bezirk in die ihm unterstehende Irrenanstalt an. Ausnahmen bilden nur die criminellen Irren; ausserdem können die Behörden auch bei störenden und gemeingefährlichen Geisteskranken einschreiten. Doch bilden diese kaum $^1/_{10}$ der durch den Irrenanstaltsdirector angeordneten Aufnahmen. Der Director übt also in Quebeck die Stelle des Richters aus (nach anglo-amerikanischer Anschauung, da in England und in den meisten Staaten Nord-Amerikas der Richter die Unterbringung von Geisteskranken in Irrenanstalten beschliesst). Dabei entscheidet er aber nicht nach eigener Prüfung des Individuums oder nach Anhörung des Interessirten, sondern auf Grund von Documenten, von welchen das wichtigste das ärztliche Zeugniss ist. Diese Zeugnisse, welche die Beweise für das Bestehen der Geisteskrankheit, für die Nothwendigkeit der Unterbringung und die aus dem körperlichen Status zu schliessende Zulässigkeit des Transports enthalten soll, sind aber in den meisten Fällen ganz unzureichend. Viele enthalten gar keine Angaben über die psychischen, durch den Arzt selbst beobachteten Symptome; die von anderen Personen beobachteten sind oft nur ganz oberflächlich oder übertrieben dargestellt, ohne dass Augenzeugen namhaft gemacht werden; der körperliche Status ist ungenügend, sodass Kranke oft moribund in die Anstalt gebracht werden, ohne dass im ärztlichen Attest ein diesbezüglicher Hinweis enthalten ist. Es sind dies übrigens Mängel, welche wir auch bei uns in Deutschland an den ärztlichen Attesten sehr häufig zu beklagen haben. V. hofft eine Besserung von der Aufstellung eines eingehenden Fragebogens für das Attest (nach englischem Muster) und macht entsprechende Vorschläge. Das Attest soll ausser der Feststellung der Geisteskrankheit wie



der Nothwendigkeit der Unterbringung 1. die Thatsache enthalten, welche der Arzt selbst zur Zeit der Untersuchung des Kranken beobachtet hat, 2. die Thataschen, welche ihm von Anderen berichtet sind mit Namensnennung der betreffenden Zeugen, 3. einen genauen körperlichen Status. Im Uebrigen empfehle er den Fragebogen des Staates New-York, welcher in 10 klaren und präcisen Fragen alle übrigen erwünschten Daten enthält, während der bisherige nicht weniger wie 31 Fragen enthält und nicht mehr den Zwecken entspricht.

Chagnon: a) Einfluss von Verletzungen auf den geistigen Zustand (Influence of tramnatism on the mental state).

C. berichtet den Fall eines 25jährigen Strassenbahnconducteurs, welcher infolge eines geringen Unfalls, der die Strassenbahn betroffen hatte, einen Zustand von maniakalischer Erregung bekam. Diese machte bald nach seiner Ueberführung in die Irrenanstalt einem Stupor mit zeitweiliger Nahrungsverweigerung Platz, der gelegentlich von mehr oder minder heftigen maniakalischen Anfällen mit Gehörstäuschungen unterbrochen wurde. Nach 2jährigem Bestehen des Zustandes machte Patient auf Grund von Gehörstäuschungen einen Selbstmordversuch, indem er sich mit einem Messer eine Bauchwunde im Epigastrium beibrachte. Die sofort ausgeführte Laparatomie ergab, dass Darmtheile etc. nicht verletzt waren. Die Wunde heilte anstandslos. In den ersten Wochen ass Patient noch sehr mangelhaft, dann fing er plötzlich an alle Mahlzeiten zu sich zu nehmen, und von da an besserte sich sein Zustand beständig, sodass er 7 Wochen nach der Verwundung geheilt entlassen werden konnte.

b) Zwei Fälle von psychischen Störungen nach Operationen (Two cases of psychical troubles after operation).

Der erste Fall betrifft eine 34jährige Dame, welche am dritten Tage nach der Operation eines Mammasavrinoms (28. März 1891), nachdem sie schon an den beiden letzten Tagen unruhig und schlaflos gewesen war, in tobsüchtige Erregung verfiel, am 3. April in die Irrenanstalt gebracht wurde und am 7. April im acuten Delirium starb. — Sie hatte übrigens bereits drei Jahre vorher bald nach ihrer Verheirathung kurze Zeit Erregungserscheinungen geboten. Eine Schwester von ihr war geisteskrank.

Im zweiten Falle begann bei der 54jährigen hereditär nicht belasteten Dame nach einer Beinamputation wegen eines 18 Jahre bestehenden Leidens (fungöse Arthritis des Tibio-Torsalgelenks), die von einer sehr starken Blutung gefolgt, sonst aber völlig gelungen war, zwei oder drei Monate, nachdem sie das Hospital geheilt in sehr anämischem Zustande verlassen hatte, ein regelmässiger Wechsel von melancholischen und maniakalischen Zuständen, die jede von Abend bis Abend 24 Stunden dauerten und ohne Unterbrechung durch lucide Intervalle aufeinander folgten. Im Laufe der Jahre sind dieselben allerdings etwas abgeblasst.

Villeneuve: Alkoholismus und Zurechnungsfähigkeit, Bedeutung der Frage in socialer und administrativer Beziehung (Alcoholism and responsibility. The social and administrative aspect of the question).

Es handelt sich um einen Selbstmordversuch, der nach dem canadischen Strafgesetz strafbar ist und mit Gefängniss bis zu zwei Jahren bestraft wird. Der Angeklagte war ein 26jähriger, seit sechs Jahren verheiratheter Mann. Vater Totalabstinent, der Vater des Vaters und dessen Brüder aber starke Trinker (letzterer hatte oft Anfälle von Delirium tremens); Vaters Schwester starb geisteskrank. In der Schule kam der Angeklagte trotz seiner Faulheit gut vorwärts, im Uebrigen moralisch schwankender Charakter. Später in nüchternem Zustande sehr brauchbar, arbeitsam und umgänglich. Seine Neigung zur Unmässigkeit trat seit seiner Verheirathung deutlich hervor, er scheint aber schon früher heimlich getrunken zu haben. Die Excesse nehmen dann an Häufigkeit und Dauer immer zu. Er wird sehr leicht betrunken und verliert schon nach wenigen Gläsern die Selbstbeherrschung, trinkt dann, bis er rasend wird und wird gewaltthätig, wenn man ihm widerspricht.

In trunkenem Zustande benimmt er sich wie ein Tobsüchtiger, ist drohend, aggressiv, zerstörungssüchtig. Nach kurzer Zeit, manchmal innerhalb 24 Stunden nach dem Excess, Ausbruch eines alkoholischen Deliriums, welches mit Entziehung der Alkoholika schwindet. Einige Mal hatte er nach Trinkexcessen heftige epileptische Krämpfe. Wiederholt machte er während seiner Trinkanfälle Selbstmordversuche.

In den ersten Jahren nach seiner Verheirathung, wo er in New-York lebte, wurde er wiederholt während solcher Anfälle ins Bellevue-Hospital gebracht, um ihn von dort aus in eine Irrenanstalt überzuführen, aber nach baldiger Besserung wieder entlassen. December 1894 wurde er jedoch nach einem Selbstmordversuch durch Ertränken im postepileptischen Verwirrtheitszustande als geisteskrank in die Irrenanstalt gebracht, war jedoch schon ein Tag nach seiner Aufnahme wieder völlig klar. Später wurde er gewöhnlich als Trunkenbold arretirt und ins Polizeigewahrsam gebracht, wo er meist seine Selbstmordversuche, die sich auf mindestens zehn belaufen, ausübte. Das letzte Mal hat er nach einem Trunkexcesse von zwei oder drei Tagen nacheinander versucht, sich die Radialis zu durchschneiden, sich zu erhängen und zu erwürgen.

Hinterher hat er von allen Ereignissen während seines Anfalls, von den Selbstmordversuchen etc. nicht die geringste Erinnerung. Intelligenz, Gedächtniss etc. ausserhalb der Anfälle völlig intakt, wie er denn überhaupt in den Zwischenzeiten ganz normal erscheint und seine Excesse tief bedauert.

Bemerkenswerth ist noch der vethältnissmässig grosse und asymetrische Schädel.

Die Frage nach der Verantwortlichkeit für seinen Selbstmordversuch beantwortet V. natürlich im verneinenden Sinne. Dagegen macht er ihn für seine



Trinkexcesse verantwortlich. Der Angeklagte trifft manchmal Vorsichtsmaassregeln, das Trinken zu vermeiden (lässt z. B. seinen Lohn von der Frau abholen), nimmt aber ein Glas von einem Freunde oder in der Gesellschaft, welches er für harmlos hält, ohne dann aber aufhören zu können. Er wird also nicht wie der Dipsomane durch einen unwiderstehlichen Impuls zum Trunke getrieben, sondern das erste Glas, das er gelegentlich trinkt, macht ihn widerstandslos und versetzt ihn in einen pathologischen Rauschzustand. Seine Widerstandskraft ist aber durch hereditäre Belastung geschwächt. Daher ist seine Verantwortlichkeit gemindert. Er gehört in eine Trinkerheilanstalt.

In der Discussion meinte Vallée, dass Patient auch für seine Trunksucht nicht verantwortlich sei, da er den Hang dazu und die Widerstandslosigkeit geerbt habe. Hoppe.



Kleine Mitteilungen.

Anwendung der elastischen Schlundsonde.

Von Dr. *Dees*, königl. Oberarzt in Gabersee.

Bei Kranken, welche „schlucken", gelingt die Fütterung mittels der elastischen, durch die Nase eingeführten Sonde in der Regel leicht. Schwieriger ist sie bei denjenigen Kranken, welche zu schlucken sich weigern, oder bei denen man den Schluckact mittels der am Kehlkopf angelangten Sonde nicht auszulösen vermag. Es dürfte deshalb angezeigt erscheinen, den bei dem Vorgang wirksamen Mechanismus mit einigen Worten zu beleuchten.

Der Kranke liegt gewöhnlich bequem auf dem Rücken. Meist ist eine der beiden Nasenhöhlen für die Sonde leichter passirbar. An der Rachenwand entsteht das erste directe Hinderniss, über das jedoch die Sonde in der Regel ohne Schwierigkeit hinweggleitet, indem sie sich in einem Winkel von gewöhnlich mehr als 90° abbiegt. Wird sie weiter vorgeschoben, so gelangt sie entweder durch einen Schluck in die Speiseröhre, oder sie stemmt sich am Zungengrund an, und ihr weiteres Eindringen ist unmöglich; sie bildet eine Schlinge und kommt im Mund zum Vorschein. Die starke Biegung der Sonde an der Rachenwand ist wohl zu beachten. Bei horizontaler Lage des Kranken ist es, wenn er nicht schluckt, geradezu unmöglich, die Sonde in den Oesophagus zu bringen. Anders verhält es sich, wenn der Kopf geeignet gelagert wird.

Wer zum ersten Male die Schlundsonde einführt, hat unwillkürlich die Intention, den Kopf des Kranken nach rückwärts abzubiegen, aber gerade diese Position ist die ungünstigste; denn die Achse der Sonde bildet so mit der Achse des Oesophagus einen Winkel, der um so grösser wird, je weiter der Kopf nach rückwärts gebeugt ist. Biegt man dagegen den Kopf, wie auch Snell*) räth, nach vorwärts, und zwar so weit nach vorwärts, dass das Kinn die Brust fast berührt, so befindet sich die Längsachse der Sonde mit der des Oesophagus fast in gleicher Richtung. Die Sondenspitze tritt über den Eingang der Speiseröhre und kann nun, auch ohne dass eine Schluckbewegung zu erfolgen braucht, nach abwärts in dieselbe geschoben werden. Besteht in der Nachbarschaft des Kehlkopfes noch eine Hemmung für die Sonde, so wird sie durch einige drehende Bewegungen leicht überwunden.

Die Vorsicht, sich durch Einblasen von Luft in die Sonde von ihrer richtigen Lage zu überzeugen, ist bei diesem Vorgehen natürlich angezeigt.

Durch Anwendung dieses Kunstgriffes ist es Verfasser schon in verschiedenen Fällen, wo es sonst unmöglich gewesen wäre, gelungen, die elastische Sonde, zweifellos das einfachste hier in Betracht kommende Instrument, einzuführen und schwierigere Manipulationen zu vermeiden.

*) Grundzüge der Irrenpflege, S. 91.

— **Aus Elsass-Lothringen.** Der reichsländische Bezirk Ober-Elsass hatte bei der Annexion im Jahre 1871 ebensowenig wie Deutsch-Lothringen eine eigene Irrenanstalt. Er brachte seine Kranken in Stephansfeld — im Bezirk Unter-Elsass — unter.

Im Jahre 1878 pachtete Ober-Elsass vom Unter-Elsass die Anstalt zu Hoerdt — bis dahin dépôt de mendicité —, die unter der Leitung der Anstaltsdirection des benachbarten Stephansfeld den Zwecken der Irrenpflege dienstbar gemacht ward. Die Einrichtung — zunächst für 200 Kranke — sowie die bauliche Unterhaltung von Hoerdt und etwa daselbst nothwendig werdende Neubauten wurden im Pachtvertrage dem Ober-Elsass, die von Stephansfeld dem Unter-Elsass obgelegt. Im Uebrigen sollten oberelsässische Kranke nicht nur in Hoerdt, sondern auch, wie bisher, in Stephansfeld Unterkunft und Behandlung finden.

Der Vertrag wurde auf 30 Jahre geschlossen. Da Unter-Elsass zu seiner Verlängerung über 1908 nicht geneigt ist, sieht sich das Ober-Elsass vor die Aufgabe gestellt, bis dahin eine Anstalt auf eigenem Gebiet zu erstellen.

Nunmehr verlangt Unter-Elsass, dass in der Pflegeanstalt zu Hoerdt, wo dem Ober-Elsass unterdess die Sorge für die doppelte Zahl der ursprünglich vorgesehenen Kranken erwachsen war, noch diejenigen Einrichtungen getroffen werden sollten, welche dieser Zahl entsprächen, was bis jetzt in nur unvollkommener Weise geschehen sei. Der

Bezirkstag von Ober-Elsass hatte daraufhin im vorigen Herbst 24000 Mk. für diesen Zweck bewilligt; aber die Vertreter des Unter-Elsass hielten diese Summe nicht für ausreichend.

Um einen gerichtlichen Austrag zu vermeiden, haben nun die beiden Bezirke Schiedsmänner gewählt: den Herrn Bürgermeister Back in Strassburg und den Oberstaatsanwalt Huber in Colmar, denen als psychiatrische Sachverständige die Directoren Dittmar-Saargemünd und Haardt-Emmendingen zur Seite stehen. Dem Einwurf gegenüber, dass weitergehende Forderungen, als sie das Ober-Elsass nunmehr erfüllt hat, im Hinblick auf die bevorstehende Auflösung des ganzen Vertragsverhältnisses unbillig erscheinen, begegnet man unterelsässischer Seite mit dem Hinweise darauf, dass derselbe dem Ober-Elsass das Recht zuspricht, Hoerdt gegen die seiner Zeit vom Unter-Elsass zu dessen Ankauf verwendete Summe zu erstehen; geschieht dies nicht, so übernimmt das Unter-Elsass die vom Ober-Elsass in Hoerdt getroffenen baulichen u. s. w. Einrichtungen zum Taxwerthe.

Dasselbe Recht der Uebernahme Hoerdts gegen Entschädigung soll nun aber auch — und dies ist die bedeutsame Wendung der Dinge — dem Staate gegeben werden. Die enormen Kosten, welche die Erbauung und definitive Einrichtung der öffentlichen Irrenanstalt bei Saargemünd dem Bezirke Lothringen auferlegt hatte, haben die oberelsässischen Abgeordneten des Landesausschusses vor der ihnen erwachsenen Aufgabe der Erstellung einer neuen Irrenanstalt erschrecken und sie im Verein mit einigen lothringischen Abgeordneten die Aufforderung an die Regierung richten lassen, die Kosten der Irrenpflege, die das zur Zeit gültige französische Gesetz den Bezirken auferlegt, auf die Landeskasse zu übernehmen. Damit würde das reichsländische Irrenwesen, das nach der erwähnten Gesetzgebung ähnlich wie das preussische und bayerische Provinzial-(Bezirks-) Angelegenheit war, verstaatlicht werden. Man denkt sich die Sache so, dass der Staat den Bezirken die Irrenanstalten abkauft. Im Landesausschuss, wo die Sache am 4. Mai vorigen Jahres für und wider zur Verhandlung kam, machte der Unterstaatssecretär von Schraut den Vorschlag, die Frage zu studiren, ob nicht einfach die Gebäude Eigenthum und ihre Unterhaltung und eventuelle Erweiterung Pflicht des Staates werden, die eigentliche Pflege incl. der Anstellung und Beaufsichtigung der Beamten Sache der Bezirke bleiben könnte. Die Schwierigkeiten dieses Ausweges dürften denselben kaum gangbar machen.

Eine bestimmte Gestalt haben die Dinge unterdess noch nicht angenommen. Ueber den Stand und die eventuelle Lösung der Frage werden wir seiner Zeit berichten.

— Ueber die in einer österreichischen Irrenanstalt zu Beginn dieses Jahres erfolgte **Tödtung einer Kranken durch eine andere** geht uns folgende nähere Schilderung des Sachverhalts, der auch durch die gerichtliche Untersuchung nicht mit voller Sicherheit aufgeklärt werden konnte, zu.

Bald nach 1 Uhr Nachts wurde der diensthabende und ein anderer Arzt auf die Frauenabtheilung gerufen mit der Meldung, dass die Patientin B. von einer anderen Kranken A. wahrscheinlich zertreten worden sei, und nicht mehr zu leben scheine. Die herbeigeeilten Aerzte fanden die Kranke B. am Strohsacke in einer Einzelkammer liegend, das Gesicht in einer Blutlache, an der linken Stirnschläfegegend eine oberflächliche Hautdurchtrennung, leblos. Hervorziehen der Zunge und sofortiges Einleiten von Wiederbelebungsversuchen blieben erfolglos. Es wurde keine weitere Verfügung getroffen und nach Möglichkeit Alles belassen, um der gerichtlichen Untersuchung nicht vorzugreifen. Der erhobene Thatbestand war folgender: Um die durch die Ueberfüllung bedingte hochgradige Unruhe auf dieser Abtheilung durch Isolirung zu mildern, verfügte die Tractwärterin dieser Abtheilung, ohne eine Meldung nach oben zu erstatten, oder um Erlaubniss anzusuchen, und ganz gegen jeglichen Usus, der nie auch nur in Frage gekommen war, dass die Kranke A. mit der Kranken B. zusammen in ein Einzelzimmer gegeben werde. — Beide Kranke waren mit Jacke versehen. — A. war eine jugendliche hallucinat. Amentia, die B. eine in schwerer Verwirrtheit befindliche, schwächliche, ebenfalls unruhige und unreinliche Kranke mit der Diagnose Dementia paralytica. Als um 8 Uhr Abends der betreffenden Nachtwache haltenden Wärterin der Dienst übergeben wurde, fand sie die Kranke A. ausser Jacke vor; — sie wurde von mehreren Wärterinnen gemeinsam neuerlich damit versehen. Bei dieser Gelegenheit wurde die B. von einer Wärterin zugedeckt und schlafend angetroffen. — Sicher hat sie damals nach Angabe dieser Wartperson gelebt, und in dem betreffenden Zimmer sei keine Spur von Blut sichtbar gewesen.

Die erste Nachtwache, welche laut Controluhr ihren Dienst ordentlich versah, referirte, dass die A. grösstentheils in der Nähe der Thüre sich aufgehalten habe, und wie öfter leise gesungen, gesprochen und manchmal an die Thüre gestossen habe. Als die zweite Nachtwache bald nach 1/2 1 Uhr Nachts vorschriftsmässig die Iolirräume inspicirte, bemerkte sie in dem besagten Einzelzimmer, dass die Kranke A. seitwärts neben der Thüre in Jacke stand und dass die B. unbedeckt wie gewöhnlich dalag. Sie ging hinein, deckte die B. zu, bemerkte Blutspuren und dass die B. regungslos dalag. — Die A. hatte unterdessen den Isolirraum verlassen und war zu den anderen Kranken, die am Tagraum lagen, hinausgegangen. — Die herbeigerufenen Wärterinnen dieser Abtheilung verständigten mit der obigen Meldung die Aerzte, welche den oben notirten Befund erhoben.

Ist die B. in Folge Anwendung äusserer Gewalt ums Leben gekommen, oder eines natürlichen Todes



gestorben? — Da mit Wahrscheinlichkeit eine gewaltsame Todesart angenommen werden musste, wurde die Untersuchung des Falles der k. k. Staatsanwaltschaft übertragen.

Die gerichtlich vorgenommene Obduction der Leiche der B. ergab, dass die Wunde an der Stirne nur eine oberflächliche Hautdurchtrennung ohne schwerere Complication darstellte. — Dagegen fand sich die Gegend der Zungenwurzel und die Muskulatur des Halses von Blutaustritten durchsetzt, die intra vitam entstanden sein mussten. Strangfurche oder äussere Verletzung der Haut des Halses fand sich nicht vor. Dieser Befund macht die gewaltsame Todesart zur Gewissheit. — Die B. ist also durch Erstickung gestorben.

Der Gang der gerichtlichen Untersuchung, bei welcher mehrere Wartpersonen dieser Abtheilung in Untersuchungshaft behalten wurden, ist uns nicht bekannt geworden, — das Verfahren wurde eingestellt.

Für den Irrenarzt, der die betreffende muthmaassliche Thäterin studiren konnte, kann kein Zweifel sein, dass die Kranke A. die B. ermordet hat.

Die schwere hallucinatorische Verwirrtheit jener Kranken ist complicirt, mit heftigem wohl dem Charakter eigenthümlichen Jähzorn, der wiederholt zu impulsiven Gewaltacten führte. Sie war durch ihr oftmaliges Thätlichwerden bereits entsprechend bekannt. — Als sie, gleich nachdem das Factum constatirt war, von den Aerzten vernommen wurde, erschien sie gleichgültig, beachtete die auf die That bezüglichen Fragen nicht, oder gab sie unumwunden zu, indem sie sogar mit dem Fusse demonstrirte, wie sie „es" gemacht habe. Anderen Tages schien Patientin klarer als sonst, sie gab als Grund ihrer That an, dass die B. immer gesungen, geschrieen und sie beschimpft habe (wohl nur illusionistische Verwerthung des zusammenhangslosen Vorsichinsprechens der B.), so dass sie über sie bös wurde. Darum habe sie mit dem rechten Fuss die B. zertreten. Fragen nach dieser Richtung bringen die Kranke jedesmal in sichtliche Erregung. Sie blickt wild und unwillig darein, schaut wiederholt weg, versucht davon zu laufen, um oft im nächsten Augenblick wieder gleichgültig und apathisch ins Leere zu blicken. Geradezu beweisend benahm sich die B., als auf der betreffenden Abtheilung ein Gensdarm erschien, um die Kleider der inhaftirten Wärterinnen auf Blutspuren, die wohl gefunden wurden, aber für die Untersuchung keine Bedeutung haben konnten, zu untersuchen.

Dem Manne des Gesetzes gegenüber schien in der Kranken am deutlichsten, wenn auch nur für kurze Zeit, die Erinnerung und Bewerthung des Vorgefallenen aufzutauchen und es schien, wie wenn die Kranke zugleich mit der Erinnerung an das Vorgefallene auch die Einsicht und die Erkenntniss des Strafbaren ihrer That erkannt hätte. — Sie zeigte sich vorübergehend von Reue ergriffen, kniete nieder, gab wiederholt zu, die Thäterin gewesen zu sein, fragte, ob sie jetzt zur Stelle gerichtet werde, bat wiederholt, man solle doch bedenken, dass sie im Leben nicht nur Schlechtes, sondern auch Gutes gethan habe. — Sie bat, sie sofort wegzuführen und war sichtlich unzufrieden und drängte dem Gensdarm nach, als er die Abtheilung verliess.

So offenkundig hat die A. seither über das Factum sich nie mehr geäussert. Das Krankheitsbild blieb im Grossen und Ganzen unverändert. An den Namen der B. erinnert sie sich noch und erscheint bei Nennung desselben gerührt und später wie immer ängstlich erregt. — Auf die Ermordung bezügliche Nachforschungen beantwortet sie ganz unzusammenhängend.

Ob und wie die frische Hautdurchtrennung an der Stirne von der Kranken A. beigebracht wurde, bleibt ebenso, wie der absolut sichere Nachweis über die Thäterschaft unaufgeklärt. Die höchste Wahrscheinlichkeit spricht dafür, dass die B. im Stehen von der A. auf eine abgerundete Kante der Zellenmauer hingeworfen und später von ihr mit einem Fusse auf den Hals getreten wurde, so dass es zu Blutungen in der Muskulatur und zur Suffocation kam.

Das vorstehend mitgetheilte, höchst bedauerliche Vorkommniss hat nur für die wenigen Irrenanstalten didactischen Werth, welche noch so überfüllt sind, wie es die Irrenanstalt thatsächlich ist, wo dieser Unglücksfall sich ereignet hat. Aber es ist gewiss auch nach der psychiatrisch-theoretischen Seite hin lehrreich und beweist, dass zwei auch mit Jacke versehene Kranke trotz Nachtwache, in einem Isolirraum sich gefährlich werden können.

(Dr. v. S.)

— **Conferenzen der Landesdirectoren.** In der Zeit vom 11. bis 14. Juli werden die Landesdirectoren der Monarchie in Breslau ihre diesjährigen Conferenzen abhalten. Neben den geschäftlichen Angelegenheiten sind die Besichtigung des Rathhauses dortselbst, Fahrten nach Leubus, Schweidnitz und Freiburg zur Besichtigung der dortigen Provinzialanstalten sowie nach Salzbrunn und der Besuch der Invaliditätsversicherungsanstalt in Breslau geplant.

— **Provinzialausschuss von Schlesien.** Aus den Verhandlungen in der Sitzung des Provinzialausschusses am 9. und 10. d. M. ist Folgendes mitzutheilen:

Zu absolut nothwendigen, bereits in Angriff genommenen Bauausführungen in den Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten zu Freiburg, Lublinitz und Kattowitz sind noch rund 51000 Mk. erforderlich, während die in Ausführung des Gesetzes vom 11. Juli 1891 über die ausserordentliche Armenlast von dem Provinziallandtage bewilligten Mittel von zusammen 1966000 Mk. zur Errichtung von Pflegeanstalten für anstaltspflegebedürftige Kranke (Idioten, Epileptische u. s. w.) bis auf 1948 Mk. verbraucht sind. Es wurde daher für die erwähnten Bauausführungen der Betrag von 49000 Mk. aus dem



Capitalvermögen des Landarmenverbandes zur Verfügung gestellt und dafür dem Provinziallandtage gegenüber die Verantwortung übernommen. — Zur Vergrösserung der Wirthschaftsländereien der Provinzial-Irrenanstalt in Kreuzburg entschloss man sich zum Ankaufe des „Spiegelgutes" bei Kreuzburg zum Preise von 78000 Mk. Der Landeshauptmann wurde zum Abschlusse des Kaufvertrages ermächtigt. — An Stelle des jetzigen baufälligen Treibhauses der Provinzial-Irrenanstalt in Leubus soll ein neues erbaut und die Kosten von rund 5000 Mk. sollen aus dem Ueberschusse der dortigen Pensionsanstalt für Geisteskranke vorbehaltlich der Genehmigung des Provinziallandtages gedeckt werden. — Zur Vergrösserung des Landbesitzes der Provinzial-Irrenanstalt zu Tost ist ein 2,05 ha grosses Ackerstück für den Preis von 2770 Mk. käuflich erworben worden. Der hierüber abgeschlossene Kaufvertrag wurde genehmigt und unterschriftlich vollzogen. — Für den Inhaber der neugeschaffenen Stelle eines Wirthschaftsinspectors bei der Provinzial-Irrenanstalt zu Rybnik wurde eine Dienstanweisung berathen und festgesetzt. (Schles. Ztg.)

— **Provinzial-Irrenanstalt zu Tost (O.-S.).** Es wird in diesem Jahre eine neue Aufnahmestation (zweistöckiges Haus) für 25 Männer und 25 Frauen gebaut, mit Dampfniederdruckheizung, grösserem Brausebad für Männer, ferner eine Meierei mit Stall für 6 Kühe und Schweinezucht. Im Flügel der alten Centralanstalt (Männeranstalt, ehemaliges Hauptgebäude des Arbeitshauses) wird Luftheizung eingerichtet, nachdem dieselbe Einrichtung auf dem entsprechenden Flügel der Frauenabtheilung sich bewährt hat. — Seit dem 1. Mai sind verschiedene Aenderungen in der Beköstigung eingetreten, namentlich in der Abendkost statt der vielen Suppen jetzt Bratkartoffeln, Kartoffelsalat etc.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

— Dr. Gudden, Docent für Psychiatrie in München, hat die ausserordentliche Professur für gerichtliche Medicin in Würzburg abgelehnt. (Augsburger Abendztg.)

— Unser sehr verehrter Mitarbeiter Dr. med. et phil. G. Buschan, Herausgeber des Centralblatts für Anthropologie etc., ist zum Membre associé étranger der Société d'anthropologie in Paris ernannt worden. — Dem Professor der Psychiatrie, Ober-Med.-Rath Dr. Grashey, 1. Vorsitzenden des Ober-Medicinal-Ausschusses für Bayern und Referenten im Ministerium des Innern, wurde als Ritter des Verdienstordens der bayerischen Krone der persönliche Adel verliehen.

— Aus Prov. Posen. Dr. Techert, II. Arzt der Provinzial-Irrenanstalt Owinsk, und Dr. Freiherr v. Blomberg, II. Arzt von Dziekanka bei Gnesen, sind zu Oberärzten der betreffenden Anstalten ernannt. Dr. Winckler erhielt die neu creirte Stelle des III. Arztes in Owinsk. — Dr. Havemann, Volontärarzt der Provinzial-Pflegeanstalt in Posen, ist zum Assistenzarzt ernannt.

— Aus Ungarn. Dr. Julius Niedermann, Ministerial-Rath und Director der Irrenanstalt in Budapest Leopoldifeld — der grössten Irrenanstalt Ungarns — hat um seine Pensionirung angesucht. Mit Dr. Niedermann, der sein 60. Lebensjahr noch nicht erreicht hat, scheidet ein Mann vom Amte, dessen hervorragende psychiatrische Thätigkeit wir noch besonders würdigen werden. Die Leitung der Anstalt wurde provisorisch dem Primar-Arzte und kgl. Rath Dr. Karl Bolyó übertragen.

Bücherschau.

Die Abstinenz der Geisteskranken und ihre Behandlung, von H. Pfister-Freiburg i. B. Stuttgart 1899. 88 S.

Mit vorliegender Broschüre ist beabsichtigt, jungen Irren- und praktischen Aerzten im Zusammenhang eine einfache und doch ausführliche Darstellung der Ursachen und Formen der bei Geisteskranken vorkommenden Nahrungsverweigerung, speciell auch deren Therapie zu bieten.

Verfasser giebt zunächst eine Definition der Abstinenz, „Nicht essen wollen" und der Karenz, „Nicht essen können", und bespricht dann im I. Capitel in völlig erschöpfender Weise die Aetiologie der Nahrungsentbehrung, die im Original nachgelesen werden wolle.

Das II. Capitel enthält die Symptomatologie und Diagnose. Mit Recht verlangt Verfasser, dass jedem Arzt die hauptsächlichsten Symptome der Inanition (Abmagerung, welke, blasse, bisweilen leicht ikterische Haut, trockene, fuliginösbelegte Lippen und Zunge, Acetongeruch, kleiner Puls, flache Athmung, concentrirter, acetonhaltiger Urin) bekannt sind. Bei fremd zugeführten, abstinirenden Geisteskranken fehlen oft alle Angaben über die Zeit, seit wann der Kranke abstinirt, oder sie sind bei der häufigen Indolenz der Angehörigen wenig verlässig. Anderseits ist den Angaben der Kranken selten zu trauen. So leicht die Diagnose der Inanition von vornherein zu sein scheint, so kann sie doch manchmal übersehen werden, z. B. bei turbulenten Kranken, welche Verfasser vorzüglich schildert.

Das III. Capitel ist der Prophylaxe (Bäder, Reinhaltung des Mundes, Zuspruch u. s. w.) und der Therapie gewidmet. Verfasser ist ein Freund der elastischen, durch die Nase eingeführten Schlundsonde und empfiehlt, dieselbe möglichst frühzeitig anzuwenden, lieber einmal zu vorzeitig, als den Kranken durch unnöthiges, von unangebrachten Bedenken geleitetes Zuwarten allen möglichen Gefahren auszusetzen, zumal die ausgebildete Technik unserer Methoden die Zwangsfütterung fast ganz gefahrlos macht. (Mit diesen Erörterungen ist Ref. vollauf



einverstanden.) Bei völliger Abstinenz ohne Wassergenuss wird man also immer schon vor dem sechsten Tage, manchmal schon am dritten Tage, event. noch früher, zur regelmässigen Zwangsfütterung übergehen und auch bei wassertrinkenden Kranken nicht über den siebenten Tag hinauswarten.

Auch bei incompleter Inanition empfiehlt P. den Grundsatz, lieber einmal zu früh als zu spät die zwangsweise Ernährung anzuwenden. Die pro die vorgeschlagene Nährflüssigkeit 1500 ccm Milch, + 300 g Zucker, + 6 Eier ist in den meisten Fällen wohl mehr als ausreichend.

Die Technik der Sondenfütterung durch die Nase ist ebenfalls ganz ausführlich besprochen. Von dem Instrumentarium hält Ref. den Zuleitungsschlauch und das Glasröhrchen (S. 57) für überflüssig. Man kann den Trichter fast immer direct in die äussere Sondenöffnung einsetzen. Einige Tropfen Wasser zur Auslösung einer Schluckbewegung in die Sonde zu giessen, bevor sie am Kehlkopfeingang vorübergeglitten ist, hält Referent für bedenklich. Zum Schluss bespricht Verf. die Ernährung durch Klystiere und der Vollständigkeit wegen auch die subcutane Ernährung. Es wäre zu wünschen, dass einige andere ebenfalls noch stiefmütterlich behandelte Capitel der praktischen Psychiatrie in gleich erschöpfender und vollkommener Weise wie in dem vorliegenden Werkchen dargestellt würden. Dees-Gabersee.

Die Geisteskranken im Bürgerlichen Gesetzbuch für das Deutsche Reich. Von Dr. Martin Brasch, Nervenarzt in Berlin. Berlin 1899 (S. Karger).

In der vorliegenden Abhandlung erläutert der Verf. in klarer, übersichtlicher Weise die gesetzlichen Bestimmungen über die Entmündigung wegen Geisteskrankheit, wegen Geistesschwäche und wegen Trunksucht, über die Pflegschaft, die Schadenersatzpflicht der Geisteskranken; er behandelt auch die die Geisteskranken betreffenden Paragraphen des Eherechts. Auch der in der Novelle zur Civil-Process-Ordnung vom 17. Mai 1898 festgelegten formalen Anordnungen und Übergangsbestimmungen wird gedacht und ein Vergleich mit der Civil-Process-Ordnung von 1879 wird angestellt. Von besonders praktischem Werthe ist auch das Schlusskapitel, in dem alle die im B. G.-B. mannigfaltig benannten krankhaften Geisteszustände aufgezählt und die mit den einzelnen Terminis verknüpften rechtlichen Folgezustände betrachtet werden.

Drei Punkte erheischen unser besonderes Interesse: 1. Brasch bedauert, dass man sich in der letzten Lesung zur grundsätzlichen Unterscheidung von Geisteskrankheit und Geistesschwäche entschlossen hat. Man hat diese Begriffe ganz den Bedürfnissen der praktischen Jurisprudenz angepasst, ohne sich genügend um ihre psychiatrische Bedeutung zu kümmern. Die Bestimmungen des B. G.-B. gehen davon aus, dass Geisteskrankheit den höheren, Geistesschwäche angeblich den niederen Grad einer Seelenstörung kennzeichne. Das neue Gesetzbuch verlangt vom Sachverständigen, dass er sein Urtheil darüber, ob Geisteskrankheit oder Geistesschwäche vorliegt, lediglich davon abhängig macht, welchen Willenserklärungen oder Rechtshandlungen im juristischen Sinne der Kranke fähig ist. Damit der Sachverständige nicht genöthigt ist, seine wissenschaftliche Anschauung preiszugeben, soll er — so wird vorgeschlagen — im Schlussgutachten über einen wegen Geistesschwäche zu Entmündigenden schreiben, dass der Betreffende an einer Geistesstörung leidet, welche die Wissenschaft unter dem und dem Namen kennt, im Sinne des B. G.-B.'s als geistesschwach zu erachten ist und seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag. 2. Bei der Entmündigung wegen Trunksucht handelt es sich nicht, wie Viele glauben mögen, um Personen, die durch Alkoholmissbrauch im gewöhnlichen Sinne geisteskrank geworden sind, also z. B. an Delirium tremens, Alkoholwahnsinn, alkoholischer Paralyse oder Alkoholepilepsie leiden, oder um Personen, bei denen sich die Neigung zum Missbrauch alkoholischer Getränke in Folge einer bestehenden Geisteskrankheit entwickelt hat. Diese sind nach § 6, 1 wegen Geisteskrankheit zu entmündigen, wenn die Psychose lange genug währt. Es sollen vielmehr wegen Trunksucht solche Trinker entmündigt werden, bei denen der durch längere Perioden fortgesetzte Missbrauch eine Sucht, einen unwiderstehlichen Drang nach Alkohol erzeugt, Veränderungen im Gemüthsleben, in der Verstandesthätigkeit, im Charakter bewirkt, kurz die unter dem Namen des Alcoholismus chronicus bekannte körperliche und psychische Degeneration hervorgerufen hat. 3. Wie sich die Pflegschaft für geistig Gebrechliche zum Nutzen entsprechender Kranken gestalten soll, kann von psychiatrischer Seite noch nicht klar gesehen werden. Nach § 1910 kann ein nicht unter Vormundschaft stehender Volljähriger, welcher in Folge geistiger Gebrechen einzelne seiner Angelegenheiten oder einen bestimmten Kreis derselben nicht zu besorgen vermag, für diese Angelegenheiten einen Pfleger erhalten — aber nur mit seiner Einwilligung und nur so lange, als er die letztere nicht zurücknimmt. Verf. hebt hervor, dass einem geistig Gebrechlichen, der eben wegen seiner geistigen Störung einzelne seiner Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, aus demselben Grund auch die Einsicht in dieses Unvermögen und in die Nothwendigkeit deshalb einen Pfleger zur Seite zu haben, fehlen wird. Oft wird man bei dem Versuch, seine Einwilligung zu erlangen, auf Widerstand stossen, oder er wird diese Einwilligung ohne die erforderliche Einsicht abgeben, oder er wird endlich plötzlich ohne Grund die Wiederaufhebung der Pflegschaft verlangen und es muss nach dem Gesetz seinem Willen entsprochen werden. Was ist denn der klinische Unterschied zwischen den im Sinne des B. G.-B.'s Geistesschwachen und geistig Gebrechlichen? Georg Ilberg (Sonnenstein).

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 7. 27. Mai **1899.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal ℳ 4,—.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog No. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Die partielle Zurechnungsfähigkeit bei Geisteskranken.

Nach der Discussion der Medico-Psychological Association von Grossbritannien und Irland, nebst einigen kritischen Betrachtungen.

Von *Joh. Bresler.*

In Anbetracht der literarischen Bewegung, die sich voraussichtlich und hoffentlich im Interesse einer baldigen Förderung und Klärung der Sachlage an die Discussion über den Wollenberg'schen Vortrag: Ueber die Grenzen der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit bei psychischen Krankheitszuständen und an den Siemerling'schen, von der Versammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte in Halle angenommenen Antrag anschliessen wird, ist es von Interesse zu vermerken, dass auch in England ähnliche Fragen lebhaft ventilirt werden, und scheint es geboten, den einschlägigen Verhandlungen der Gesellschaften jenseits des Canals eine besondere Beachtung zu schenken.

Von Neuem in Fluss gebracht wurde die Debatte über den schon seit Jahren erledigten Gegenstand der partiellen Zurechnungsfähigkeit, die von den englischen Fachcollegen fast durchaus verworfen wird, durch einen Vortrag Mercier's in der Psychologischen Section der Sitzung der British Medical Association in Edinburgh im verflossenen Herbste über Insanity in Criminal Cases (Geistesstörung bei Fällen von Delicten), in welchen er drei Thesen aufstellte. 1. Kein Geisteskranker soll wegen irgend einer Handlung mit derselben Strenge bestraft werden, mit der ein Gesunder wegen derselben Handlung bestraft werden würde. 2. Für jeden Geisteskranken giebt es eine gewisse Sphäre des Handelns, innerhalb deren er gänzlich straffrei sein sollte. 3. Sehr wenige Geisteskranke sind in Wirklichkeit völlig unzurechnungsfähig. Ungeachtet des Widerspruchs, den er erwarten musste, führte er aus, dass die Mehrzahl der Geisteskranken für sehr viele ihrer Vergehen eine Bestrafung erhalten müssten, dass mehr oder weniger bestimmt jeder erfahrene Praktiker in der Psychiatrie dieser Ansicht huldige, und Bestrafung von Geisteskranken in dieser oder jener Form in jeder Irrenanstalt stattfände. Einem Kranken, der trotz seines gegebenen Versprechens sich betrinkt, würde bis auf Weiteres der Ausgang entzogen; eine Kranke, die schlägt und zerschlägt, dürfe nicht am Vergnügen theilnehmen; einem Kranken, der stiehlt, wird der Tabak entzogen.



Man fasse dies ja nicht als Bestrafung auf, aber wenn eine Geisteskranke, die nicht im Zustande acuter Manie, sondern zufolge ihres heftigen Temperaments, ihr Kleid zerrissen hat, nicht zum Tanz gehen darf, so könne man doch nicht sagen, dass sie zur Anwesenheit beim Tanze nicht geeignet ist, sondern diese Ausschliessung sei eben die Bestrafung. Privilegien zum Zweck der Vermeidung unrechter Handlungen zu entziehen, sei eben eine Strafe. Es ergebe sich hieraus für die Praxis des Strafprocesses bei Geisteskranken, dass eine grosse Zahl von ihnen wegen ihrer Handlungen nicht straffrei ausgehen, jedoch nicht mit derselben Strenge wie ein Gesunder bestraft werden dürfe. Wenn auch gewöhnlich ein Verbrechen unter dem Einfluss des Wahns zu Stande komme, so sei in extrem seltenen Fällen der Wahn von solcher Art, dass, wenn er die Wirklichkeit repräsentirte, er das Verbrechen rechtfertigen würde. Mercier stellte folgende Anträge: 1. Alle Geisteskranke sollten partiell straffrei sein für alle ihre Vergehen. 2. Jeder Geisteskranke sollte gänzlich straffrei sein für gewisse Thaten. 3. Sehr wenig Geisteskranke sollten völlig straflos sein für alle Vergehen; der gerichtliche Nachweis der Geistesstörung, wenn erbracht, involvirt nicht mit Nothwendigkeit die totale Unzurechnungsfähigkeit, nur die partielle. 4. Bei dem gerichtlichen Verfahren müsste die Existenz einer oder mehrerer der folgenden psychischen Zustände nachgewiesen werden: a) eines sich bethätigenden Wahns, b) einer solchen Verwirrtheit, dass der Kranke das Verständniss für die näheren Umstände und die Folgen der Handlung nicht besass, c) äusserste Unadäquatheit der Motive, d) äusserste Bornirtheit, e) der Mangel gänzlicher Selbstbestimmung.

Wir haben diesen Ausführungen mehr Raum gewährt nicht so sehr des Inhalts wegen, als zur besseren Markirung der Thatsache. Die Entrüstung über eine solche Verwendung der harmlosen disciplinaren und erzieherischen Maassnahmen der Anstaltspraxis, die nur zum Theil disciplinäre sind, zur Begründung der partiellen Zurechnungsfähigkeit ist denn auch in England keine geringe. Das Journal of Mental Science, das Organ der Medico-Psychological Association, schreibt: „Die moderne Irrenheilkunde hat sich auf der Grundanschauung entwickelt, dass Geisteskranke für ihre Handlungen nicht verantwortlich sind. Daher kommt es, dass die Irrenanstalt eine Schule für alle christlichen Tugenden ist. Nachsicht und Güte, Festigkeit und Verzeihung, Geduld und Mässigkeit muss demjenigen eigen sein, der eine Vertrauensstellung in unseren Anstalten ausfüllt. Dr. Mercier setzt an die Spitze seines Mentors für Wärter: ‚Vor Allem darf kein Wärter unter irgend welchen Umständen einen Kranken schlagen oder in irgend einer Weise strafen.‘ Ohne Zweifel dürfte er diese Vorschrift auf Jeden, dem Geisteskranke zur Pflege und zum Schutz anvertraut sind, anwenden.“ Der Verfasser des Artikels giebt der Ansicht Ausdruck, dass eine partielle Zurechnungsfähigkeit wohl angenommen werden müsse, dass diese Frage für den einzelnen Fall aber vor den Gerichtshof gehöre, und er hofft, dass die Lehre von der partiellen Zurechnungsfähigkeit die lang ersehnte Reform in der Behandlung von Gewohnheitstrinkern, instinctiven Verbrechern und anderen Individuen, die in moralischer Beziehung auf der Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit stehen, herbeiführen wird. Solche Individuen gehörten aber nicht in die Irrenanstalt, sondern sie müsste der Staat in besonderen Anstalten unterbringen. — Zu einer Erwiderung von Mercier unter dem Titel: Die Verantwortlichkeit der Geisteskranken; sollen dieselben bestraft werden? ergreift auch Reginald H. Noott, Arzt an der Anstalt für geisteskranke Verbrecher in Broadmoor, in der allgemeinen Sitzung der Medico-Psychological Association von Grossbritannien und Irland am 13. October 1898 in London das Wort: Im Jahre 1894 wurde die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit der Geisteskranken in der Versammlung der British Medical Association in Bristol unter Theilnahme von Juristen (u. a. Pitt-Lewis) discutirt; bis dahin waren die Juristen und Irrenärzte verschiedener Ansicht: erstere wollten nur für bestimmte Formen und Grade von Geistesstörung Unzurechnungsfähigkeit anerkennen, letztere erkannten den Begriff der partiellen Geistesstörung im Sinne der Gesetzgeber überhaupt nicht an und behaupteten die Unzurechnungsfähigkeit für alle Formen und Grade von Geistesstörung. Im Anschluss an das damalige Referat Weatherly's eröffnete Mercier die Debatte und entwickelte vier Gründe, welche eine Aenderung des Gesetzes nothwendig machen sollten; 1. erstrecke es sich nicht auf alle Fälle; 2. führe es grosse Verschiedenheiten und Widersprüche in der Interpretation und in der Praxis herbei; 3. würde das richterliche Urtheil oft durch die nachträgliche Beobachtung in dem Gefängniss widerlegt; 4. führe es Unterschiede von Geistesstörungen ein, die der Natur der Sache nach nicht



befriedigen könnten. Mercier fand damals bei der Versammlung einmütige Zustimmung. — Im Jahre 1894 wurde übrigens ein Specialcomité der Med.-Psych. Association mit der Bearbeitung dieser Fragen betraut und der Bericht derselben mit einem wichtigen Zusatz in der Jahresversammlung in London 1896 acceptirt. — Wenn, meint Noott, wir der Auffassung Mercier's beistimmen, „dass es in manchen Fällen recht und billig ist, einen Geisteskranken für sein Vergehen zu bestrafen", d. h. der Theorie der partiellen Verantwortlichkeit, so schwindet der Hauptstreitpunkt, um den die Irrenärzte so lange mit den Juristen gefochten, und letztere blieben als Herren des Kampfplatzes zurück. Die englischen Juristen hätten die Frage gewöhnlich nur vom rein juristischen Standpunkte betrachtet und erörtert, nur ein berühmter Richter — der verstorbene James Fitz-James Stephen studierte sie auch vom medicinischen Standpunkte und widmete in seiner Geschichte des englischen Strafgesetzes ein Kapitel der „Beziehung des Irreseins zum Verbrechen", ein an Widersprüchen reiches Kapitel, indem Stephen dieselben Forderungen ausspricht, die Mercier jetzt aufstellt, nämlich, dass manche Geisteskranke für ihre strafbaren Handlungen verantwortlich zu machen und zu betrafen seien. Noott bemerkt, dass durch Einführung der partiellen Verantwortlichkeit die schon jetzt beträchtlichen Schwierigkeiten der Sachverständigen bis zur Unüberwindbarkeit sich steigern würden und dass die Achtung vor dem Gutachten des Sachverständigen, statt, wie es dann erforderlich sein würde, erhöht, erniedrigt werden würde. Er führt an, dass kürzlich im Centralgerichtshof ein Mann, der von Sachverständigen für gesund begutachtet worden, von den Geschworenen für geisteskrank erklärt worden ist; in einem anderen Falle fand das Umgekehrte statt und der Mann wurde zum Tode verurtheilt; die nochmalige, vom Minister des Innern veranlasste ärztliche Begutachtung erklärte ihn wiederum für geisteskrank und so erfolgte seine Freisprechung. — Noott meint, dass für den Sachverständigen die Versuchung nahe liegen wird, statt wirklich ärztlich zu begutachten, sich zum ärztlichen Advokaten zu machen. Welche willkürliche Stellung der Jurist zu dem ärztlichen Sachverständigen einnehme, beweise ein Fall, wo derselbe Richter in dem einen Process die Geschworenen instruirte, sie brauchten sich nicht an das Gutachten zu halten, in dem anderen, sie hätten sich unter allen Umständen danach zu richten. Noott wendet sich ernstlich dagegen, dass Mercier die Entziehung kleiner Privilegien bei Geisteskranken in der Anstalt unter den Begriff der Bestrafung stellt; sie ist nichts anderes als eine ärztliche und erzieherische Maassnahme, die Selbstcontrole der Kranken zu üben, durch die den letzteren weder irgend welche schmerzliche Empfindung zugefügt, noch das, was er zum Leben nothwendig hat, verkürzt wird. Und was soll das Personal daraus lernen für sein Verhalten gegenüber Geisteskranken, wenn wir Aerzte dieselben bestrafen?

In der Discussion hob zunächst der Präsident hervor, dass die Schwierigkeit der Verständigung auf der Definition des Begriffs Bestrafung beruhe und ebenso desjenigen der partiellen Zurechnungsfähigkeit. In Schottland erkenne das Gesetz eine partielle Zurechnungsfähigkeit an. Kürzlich wurde dort ein Mann, der schon wegen Mordes zum Tode verurtheilt war, von Sachverständigen auf seinen geistigen Zustand untersucht und zu Zuchthausstrafe verurtheilt; die Sachverständigen vermochten ihn zwar nicht für geisteskrank im Sinne des Gesetzes, jedoch für geistig wesentlich beeinträchtigt zu erklären. Alle diese Fragen müssten von Fall zu Fall erledigt werden. Mc Dowall erwähnt ebenfalls einen Fall, bei dem die Sachverständigen partielle Zurechnungsfähigkeit begutachteten und die Strafe demgemäss gemildert wurde. Weatherly erwähnt einen Melancholiker, bei welchem erst auf Todesstrafe erkannt, später aber das Urtheil aufgehoben wurde. Ueber der ganzen Angelegenheit schwebt die öffentliche Meinung und diese sei hysterisch, emotiv, ja absurd. Als William Terriss von einem Geisteskranken ermordet worden, schrie alle Welt: Hängt ihn; wäre Terriss ein unbekannter Mensch gewesen, hätten sie gerufen: Schickt ihn nach Broadmoor. Das Gesetz sei in seiner gegenwärtigen Fassung unzulänglich und müsse geändert werden. Mercier's Forderungen hätten den einen Vortheil, dass die Sachverständigen mehr Freiheit bei der Abgabe ihrer Gutachten gewännen. — Stewart hält Mercier's Forderung für sehr gefährlich. — Douglas meint, die Geisteskranken seien in manchen Fällen zurechnungsfähig. Eine allgemeine Formel lasse sich hierfür aber nicht aufstellen; jedoch sei das bestehende Gesetz zu ändern. Newington und Mac Donald bekämpften Mercier, desgleichen Jones, Rayner, Langdon-Down, welche sämmtlich die Bezeichnung „Bestrafung" für Entziehung von kleinen Privilegien bei Geisteskranken für verfehlt halten. Mercier bedauert, dass er missverstanden worden sei. Er bestehe darauf, dass,

wenn man Jemand, sei es ein Gesunder oder ein Geisteskranker, ein Privilegium, z. B. den Tabak, entzieht, man ihm das Produkt des Geldes entzieht und damit dieselbe Strafe wie eine Geldstrafe auferlegt. Jeder würde das an sich selbst auch als Strafe empfinden. Der beabsichtigte Effekt sei ein moralischer, die Selbstcontrole anspornender; darin stehe er auf Noott's eigenem Standpunkte, aber er nenne dies eben Strafe. Es sei richtig, dass man die Geisteskranken wie Kinder erziehen und zur Selbstcontrole anhalten müsse, aber bei den Kindern wende man doch auch diese Art der Bestrafung an. Es handle sich hier um einen Streit um Worte; in der Thatsache stimmten alle überein. Er sage ja auch nicht zu seinem Kranken: Ich werde Sie bestrafen, weil Sie dies oder jenes zerrissen haben, sondern: ich werde Sie in Ihrer Selbstcontrole unterstützen. — Natürlich solle man nicht eine tobsüchtige Frau bestrafen, die ihr Kind ermordet, noch einen Paralytiker, der stiehlt, aber es seien doch nicht alles unbescholtene Leute, die ihren Verstand verlören. Wenn ein geisteskrank gewordener Professions- und Gewohnheitsdieb fortfährt zu stehlen, soll er denn nicht unter Umständen, wenn auch nicht mit derselben Strenge wie früher, bestraft werden? Sind denn die geschäftlichen Handlungen, die ein geisteskrank gewordener Kaufmann im Beginne des Leidens in sachgemässer Weise vollzieht, ungültig? An den Irrenärzten hafte noch immer die Ansicht, dass ein Mensch, der geisteskrank ist, dies in der Totalität seines Geistes, d. h. ein vollständig verändertes Wesen sei. „Ein Mensch kann in sehr geringem Grade geisteskrank und innerhalb einer sehr grossen Sphäre seines Handelns verantwortlich sein; und wenn er in dieser Sphäre ein Unrecht begeht, sollte er bestraft werden; andrerseits kann er in hohem Grade geisteskrank sein und in einem unbedeutendem Bereich seiner Thätigkeit als Gesunder handeln und so sei von Fall zu Fall das Verhältniss der gesunden Geistessphäre zur kranken verschieden. Die Schwierigkeit besteht für uns vor Gericht und in der täglichen Praxis darin, festzustellen, inwieweit ein Geisteskranker als Kranker, inwieweit er als Gesunder handelt. Bis wir dies anerkennen und bis wir bei uns die Idee ausrotten, dass ein Mensch wegen seiner Geisteskrankheit ein in seiner Totalität verändertes Wesen und daher absolut und völlig unverantwortlich für alles ist, was er thut, so lange werden wir niemals das Irresein begreifen.“ — Der Präsident warf ein, dass Mercier's Ausdruck Bestrafung irreführe, das, was er damit bezeichne, sei keine solche, sondern eine Behandlung, und bedauert, dass überhaupt eine solche Bezeichnung in die Discussion gezogen worden sei. Man könnte ebensogut die Verbringung eines Kranken in eine Anstalt auch als einen Strafakt auffassen. Die Grenzfälle würden immer Schwierigkeiten bereiten. — Dr. Noott besteht im Schlusswort darauf, dass kein Mensch, der als geisteskrank begutachtet ist, bestraft werden darf; es sei unmöglich festzustellen, wie weit ein Geisteskranker zurechnungsfähig, wie weit er unzurechnungsfähig ist; ein partielles Irresein giebt es nicht.

Es liegt sehr nahe, einen Vergleich zwischen dieser Diskussion und derjenigen, welche sich an das Referat Wollenberg knüpfte, zu ziehen. Dort debattirt man über verminderte Unzurechnungsfähigkeit Geisteskranker, die bisher für gänzlich zurechnungsunfähig gehalten wurden. Hier kämpft man um die verminderte Zurechnungsfähigkeit gesunder Personen, die bisher für gänzlich zurechnungsfähig erachtet wurden. Man wird einwenden, dass partielle Zurechnungsfähigkeit und geminderte Zurechnungsfähigkeit zwei verschiedene Dinge sind; im ersteren Falle würden bestimmte Handlungen gänzlich zugerechnet im Gegensatz zu anderen, die gar nicht zugerechnet werden; im anderen würden bestimmte Handlungen nur in gemindertem Grade zugerechnet, die anderen gänzlich. Im Grunde genommen kommt aber Beides im Wesentlichen auf dasselbe hinaus. Es ist mit partieller Zurechnungsfähigkeit nicht gesagt, dass die betreffenden Handlungen unvermindert zugerechnet werden müssen, und ebensowenig mit geminderter Zurechnungsfähigkeit, dass alle Handlungen gemindert zugerechnet werden. Die geminderte Zurechnungsfähigkeit ist zugleich eine partielle; die partielle dürfte wohl kaum eine andere als eine geminderte sein (die Anschauung als maassgeblich bestehend vorausgesetzt, dass ein Mensch, dessen geistige Störung nicht mit dem Delict in ursächlichem Zusammenhang steht, zur Rechnung gezogen werden müsse, dürfte er doch unter allen Umständen für gemindert zurechnungsfähig für dieses Delict gelten. Dass er als Geisteskranker überhaupt nicht strafvollzugsfähig so wenig wie ein anderer Kranker, ist dabei eine Sache für sich).

Der Vergleich zeigt, wie man von zwei entgegengesetzten Seiten zu dem springenden Punkt gelangt ist. — Angenommen, von zwei Sachverständigen hält der eine den betreffenden Angeklagten für



zurechnungsfähig, der andere ihn für zurechnungsunfähig, so wird, wenn der Richter den Kranken als vermindert zurechnungsfähig verurtheilt, der erstere mit einer gewissen reservatio mentalis den Kranken für vermindert zurechnungsfähig, der andere ihn für vermindert unzurechnungsfähig halten dürfen. Logisch kann daher ein vermindert Zurechnungsfähiger eo ipso vermindert zurechnungsunfähig sein. Dies kann in Grenzfällen oft vorkommen, denn der Richter, welcher angesichts zweier entgegengesetzter Gutachten im Sinne des einen entscheidet, hat damit nicht auch den objectiven Nachweis geführt, dass das andere Gutachten unzutreffend ist, er entscheidet doch nur in Bezug auf den Angeklagten, nicht über die Gutachten.

So wie der Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit die Existenzberechtigung desjenigen der verminderten Zurechnungsunfähigkeit in sich trägt, so ist es in nicht geringerem Maasse mit den Begriffen der — geminderten — geistigen Gesundheit und der — geminderten — geistigen Krankheit der Fall. Wenn ein Geisteskranker als solcher eo ipso in seiner Totalität als krank betrachtet wird, so kann man umgekehrt mit demselben Recht einen Geistesgesunden in seiner Totalität als gesund betrachten. Entweder giebt es also keine partielle geistige Gesundheit, dann giebt es auch keine partielle geistige Krankheit, oder es giebt eine partielle geistige Gesundheit, dann giebt es auch eine ebensolche geistige Krankheit. Diejenigen, welche die verminderte Zurechnungsfähigkeit eingeführt haben wollen, müssen zugeben, dass Jemand, der vermindert geistig gesund ist, mit anderen Worten als nicht ganz geisteskrank aufgefasst werden kann; und Jemand, der nicht ganz geisteskrank ist, auch nicht ganz zurechnungsunfähig zu sein braucht. Man hatte denn auch bei der Discussion in Halle den Eindruck, dass diejenigen, welche für die geminderte Zurechnung sprachen, aber nebenbei die Anhänger der Lehre von den überwerthigen Ideen oder die partielle Zurechnung bekämpften, mit diesen nicht als mit Gegnern, sondern als mit ihren Nebenmännern stritten. Auf die Klippe, die hier hervortaucht, hat auch Wollenberg schon hingedeutet, indem er meinte, wenn die geminderte Zurechnungsfähigkeit eingeführt sei, könne auch einmal ein im eigentlichen Sinne Geisteskranker als nur gemindert zurechnungsfähig oder, wie ich mich ausdrücken würde, als nicht ganz zurechnungsunfähig erachtet werden. Bei Mercier sehen wir dieses Bestreben bereits hervortreten.

Diese theoretischen Betrachtungen für und wider die geminderte Zurechnung dürften, wie aus Vorstehendem ersichtlich, kaum jemals zu einem dauerhaften Resultat führen,*) wenigstens nie zu einem Resultat, das annähernd so sichere und bestimmte Verhältnisse schafft wie der empirische Begriff der freien Willensbestimmung bezw. der Ausschluss derselben. Man hat auch vorgeschlagen diese zu beseitigen; dies wäre wohl dasselbe, als wollte man die Auffassung, dass der Mensch eine aufrechte Haltung hat, aus dem Grunde beseitigen, weil letztere keine absolut senkrechte sei. Wenn ausserdem für die Praxis in der Einführung jener geminderten Zurechnungsfähigkeit eine absolute Wohlthat erblickt wird, so dürfte auch dieses zu bezweifeln

*) Man wird einwenden, dass dies an der theoretisirenden Art der Betrachtung liegt. Für den, welchem die sichtbare Nervensubstanz der alleinige und hinreichend feste Boden für solche abstracten Erwägungen ist, empfehle ich zur Lectüre den ausgezeichneten Aufsatz des berühmten Verfassers der „Metaphysik als Lehre vom Vorbewussten", unseres hochverehrten Fachcollegen Bilharz: „Psychologisch-metaphysische Analyse" in „Zur Jubelfeier des Fürst-Karl-Landeshospitals in Sigmaringen, 1847—97". Wir citiren von S. 113: „Ganz unzweifelhaft aber ist bei Geisteskrankheit die Psyche als Ganzes alterirt, und zwar deswegen, weil sie eine vollkommene Einheit ist. Es ist derselbe Unterschied, wie zwischen einem Herzklappenfehler und der ‚Herzkrankheit', die Goethe in dem Verse ‚Arm am Beutel, krank am Herzen' beschreibt. Ist also auf der einen Seite Totalität der Seele, auf der anderen Partialität des Gehirns, so erhält die Identität beider, die der Positivismus behauptet, oder der zu erweisende Parallelismus einen gewaltigen Stoss, und ein Unterschied wird blossgelegt, den die Psychiatrie am wenigsten hätte übersehen sollen, der aber auch sofort erkennen lässt, wie stark der moderne Positivismus bereits nach der materialistischen Seite des Monismus hinüberhängt: das Gehirn wird ganz und gar Hauptsache.

Es ist eine der glänzendsten Errungenschaften der neueren Hirnanatomie, dass sie uns gezeigt hat, dass das Gehirn aus einer Vielheit von Zellenindividuen (Waldeyer) bestehe, die in ihren Ausläufern neben einander gelagert sind (nirgends zusammenfliessen oder anastomisiren). Diese Erkenntniss kann nicht aufgegeben werden. Das Gehirn ist eine Vielheit: wie stimmt damit die Einheit des Bewusstseins und die völlige Einheit aller seelischen Kräfte? Woher hat überhaupt die Naturforschung den Einheitsbegriff? Einheit, ein anderer Ausdruck für Untheilbarkeit, Individualität, Atomität, ist gar kein Begriff der sinnlichen Erfahrungswelt, der eigentlichen Domaine der Naturforschung!"



sein; ich glaube, dass mancher, nehmen wir an, Neurasthenische, dem für seine im mehr weniger pathologischen Affect begangenen strafbaren Handlungen auf Grund verminderter Zurechnungsfähigkeit eine geringere Strafe zudictirt wird, lieber das volle Strafmaass vorziehen wird, als um den Preis jenes kleinen Strafnachlasses in den Augen des Publikums, namentlich des geschäftlichen, für nicht ganz zurechnungsfähig, für capite deminutus zu gelten. Den „mildernden Umständen" hängt dieses Odium nicht an; warum diese nicht auf alle Delicte ausgedehnt werden können, lässt sich a priori nicht verstehen.

Die Sachlage dürfte sich dann vielleicht vereinfachen, wenn man bei der Betrachtung die „Rückfälligen" ganz ausscheidet, bei denen die verminderte Zurechnungsfähigkeit, wenn sie von einer Verringerung der Strafe gefolgt wäre, eine vermehrte sociale Gefahr nach sich zöge und bei denen aus der Strafe eine strafrechtliche Behandlung gemacht werden muss. An diesen Fällen haben wir Psychiater ja eigentlich auch gar kein Interesse. In den übrigen würde sich gewiss durch mildernde Umstände die Verringerung des Strafmaasses ebenso herbeiführen lassen, wie durch die sogen. verminderte Zurechnungsfähigkeit. Aus mildernden „Umständen" würden dann allerdings mildernde (innere) „Zustände", wenn man damit die Subjectivität, deren krankhafte Steigerung ja meist der krankhaften Auffassung und damit der abnormen Aeusserung und Handlung zu Grunde liegt, entsprechend betonen will im Gegensatz zum Zwang der äusseren Umstände. — Während jetzt der Richter mit dem Sachverständigen über zurechnungsfähig und -unfähig differiren kann, wird er später über drei verschiedene Fragen von ihm abweichen können: 1. zurechnungsfähig oder nicht, 2. zurechnungsfähig oder vermindert zurechnungsfähig, 3. vermindert zurechnungsfähig oder zurechnungsunfähig. Die Gelegenheit zu Disharmonien zwischen Juristen und Psychiatern wird sich dadurch in den einzelnen Fällen der Praxis nur noch häufen, mögen beide Parteien immerhin in der Theorie völlig übereinstimmen.

Wenn die geminderte Zurechnungsfähigkeit eingeführt werden sollte, so wird man wohl behaupten dürfen, dass ihre Einführung mehr von Humanität dictirt war als von theoretischen Erwägungen, die ganz unvermeidlich ins Metaphysische, oder vielmehr ins Metapsychische führen oder sich im Kreise herumdrehen — amphigurisch, wie Goethe von der Philosophie sagte. Der partiellen Zurechnungsfähigkeit wird man, wenn sie einmal zur Geltung kommen sollte, dies kaum nachrühmen können. Sie würde zu nichts anderem als zu einer geistigen Vivisection der Irren führen. Ob aber die Humanität mit der geminderten Zurechnungsfähigkeit das richtige Mittel gewählt hat, würde die Erfahrung lehren müssen.

Es erübrigt noch zum Schluss zu bemerken, dass Mercier mit der Ansicht, wonach er die Entziehung von kleinen Privilegien bei Geisteskranken als Bestrafung auffasst, auch bei uns vereinzelt dastehen würde. Schon der einfache Gesichspunkt, dass in dem Maasse, als Bestrafungen Geisteskranker in den Anstalten dahin führen würden, dass das Personal bei der Verhinderung von unerlaubten Handlungen seitens Geisteskranker bald den nöthigen Pflichteifer vermissen lassen würde, wenn es einen Theil seiner Verantwortlichkeit auf die Kranken selbst abgewälzt sähe; schon diese Rücksicht hätte ihn einen solchen in vergangene Zeiten weisenden Standpunkt nicht einnehmen lassen dürfen. Je mehr Aerzte und Personal ihre Pflicht thun, desto eher werden Ueberschreitungen der Disciplin von Kranken, d. h. den relativ besonnenen (bei den anderen versteht sich das von selbst) vermieden werden, viel eher als durch Bestrafungen; bisher ist es ohne solche, ganz gut gegangen. Dass aber geisteskrank gewordene Verbrecher, welche die Disciplin methodisch stören, nicht in die gewöhnlichen Heil- und Pflegeanstalten für seelisch Kranke gehören, ist eine alte Forderung, so alt wie das moderne Irrenwesen.



Mittheilungen.

— **Von der Universitätsklinik zu Breslau.** Der Magistrat zu Breslau hat der Stadtverordnetenversammlung den Entwurf eines Vertrages über Betheiligung der Stadt Breslau an der neu zu gründenden Universitäts-Irrenklinik zur Genehmigung zugehen lassen. Der dem Antrage beigegebenen Begründung sei Folgendes entnommen: „Der Minister hat dem dringenden Wunsche der Universität Breslau, für diese eine eigene Universitäts-Irrenklinik zu bauen, im Principe zugestimmt, macht die Aus-



führung dieser Absicht jedoch davon abhängig, dass dieser Klinik seitens der beiden schlesischen Landarmenverbände -- Provinz und Stadt Breslau — die Zuführung des erforderlichen Krankenmaterials sowie eine gewisse finanzielle Unterstützung gesichert würde. Der Oberpräsident als Curator der Universität hat den Magistrat zu Unterhandlungen eingeladen und dieser hat sich im Principe darüber schlüssig gemacht, dass er den Staat durch Betheiligung bei dem Baue der Universitäts-Irrenklinik unterstützen wolle. Die dadurch gewährte Möglichkeit der Unterbringung von 70 armen Geisteskranken in der neuen Irrenklinik erscheint dem Magistrat als ein sehr hoch anzuschlagender Vortheil, angesichts der durch das Gesetz vom 11. Juli 1891 dem Landarmenverband auferlegten unbedingten Verpflichtung zur Beschaffung der erforderlichen Anstaltspflege für die hülfsbedürftigen Irren. Die Belegung der städtischen Irrenanstalt an der Einbaumstrasse ist fortdauernd sehr stark, ihre Inanspruchnahme wächst fortgesetzt mit der Steigerung der Bevölkerungszahl, und die vorhandenen Räume zeigen sich kaum noch zureichend. Die Provinzialanstalten sind auch sämmtlich voll und werden trotz der von der Provinz fortgesetzt vorgenommenen Neu- und Erweiterungsbauten auch niemals dem Bedürfnisse völlig abhelfen, zumal der Provinzialverband als solcher zur Unterbringung der Geisteskranken nur nach Maassgabe des vorhandenen Platzes, nicht, wie die Landarmenverbände, unbedingt verpflichtet ist. Jede Schaffung anderweiter Räume, in welchen arme Irre aus Breslau für städtische Rechnung zu einem mässigen Satze Aufnahme finden können, ist daher im höchsten Grade wünschenswerth. Bei einer am 17. März abgehaltenen Conferenz waren sowohl Vertreter des Universitätsfiscus wie der Provinz Schlesien und der Stadt Breslau anwesend. Es wurde dabei unter allseitiger Zustimmung in Aussicht genommen, gesonderte Verträge zwischen Staat und Provinz bezw. Staat und Stadt abzuschliessen; doch so, dass beide Verträge möglichst gleichmässig formulirt würden. Der nunmehr vom Magistrat ausgearbeitete Vertragsentwurf hat bisher zwar noch nicht die formelle Zustimmung der Staatsbehörde (insbesondere des Ministers) gefunden, es erscheint jedoch, damit eventuell die Bewilligung der erforderlichen Mittel noch in der gegenwärtigen Session beim Landtage beantragt werden kann, die grösste Beschleunigung der Unterhandlungen wünschenswerth. Nach den Bestimmungen des Vertrages hat die Stadt in dem so gut wie ganz unmöglichen Falle, dass sie der Klinik gar keine Kranken zuweist, järlich 10 800 Mk. zu zahlen, während sie bei der als wahrscheinlich anzusehenden vollen Ausnützung der ihr zur Verfügung zu haltenden 70 Betten, gegenüber ihren Verpflegungsselbstkosten in dem Irrenhause an der Einbaumstrasse, jährlich bis zu 35 000 Mk. und mehr sparen kann."

(Schles. Ztg.).

— **Nordostdeutscher psychiatrischer Verein.** Laut Beschluss der fünften Vereinssitzung vom 16. Juli 1898 soll die diesjährige Sitzung im Curhaus Westerplatte bei Danzig und zwar voraussichtlich am 3. Juli Vormittags $^1/_2$11 Uhr stattfinden. Die Vorträge sind bis zum 15. Juni bei den Geschäftsführern Director Dr. Mercklin-Treptow a. R. und Director Dr. Rabbas-Neustadt W. Pr., anzumelden.

— **Der Wiener Verein für Psychiatrie und Neurologie** hat beschlossen, gemäss der Vereinsstatuten heuer eine Wanderversammlung in Salzburg im Anschluss an die Naturforscherversammlung in München abzuhalten und zwar vom 23. bis 25. September.

— **Dr. Hacker,** Besitzer und Leiter des Privat-Trinkerasyls in Quarthof nächst Spitz a. Donau (Nied.-Oesterr.), hat zwei Antialkoholikervereine begründet; der eine ist ein Mässigkeitsverein, der andere ein Abstinenzverein.

— **Im Königreich Württemberg** ist ein neues „Statut der Staatsirrenanstalten" verordnet worden, datirt vom 20. März 1899, welches an die Stelle des bisherigen Statuts vom 21. Januar 1875 und der Ministerial-Verfassung vom 5. November 1894 tritt, auch die Ministerial-Verfassung vom 18. Juni 1830, betr. Transport Geisteskranker in die Irrenanstalt, wird dadurch aufgehoben. Der Raum gestattet nicht, das Statut hier abzudrucken; Interessenten stellt die Redaction gern das eingegangene Exemplar zwecks Einsichtnahme zur Verfügung. Besprechung folgt demnächst.

Personalnachricht.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

— In Leipzig verstarb am 15. d. M. Ludwig Strümpell, Professor der Philosophie und Pädagogik. Durch seine „Pädagogische Pathologie oder die Lehre von den Fehlern des Kindes" ist er auch in psychiatrischen Kreisen bekannt geworden.

Bücherschau.

Psychiatrie und Seelsorge. Ein Wegweiser zur Erkennung und Beseitigung der Nervenschäden unserer Zeit. Von Dr. med. A. Römer, prakt. Arzt in Stuttgart. Berlin, Reuther & Reichard. 1899. 343 S. 5 Mk.

Das Buch verdankt seine Entstehung hauptsächlich der vom Verf. in seiner Eigenschaft als Hausarzt häufig gemachten Erfahrung, dass selbst in gebildeten Kreisen die Bedeutung des körperlichen Einflusses auf das Geistesleben unterschätzt wird und daraus verhängnissvolle Fehler in der Behandlung hervorgehen, ferner dem Umstande, dass ihm die Psychiatrie in manchen charakterologischen Fragen klaren Aufschluss gegeben, den er in der Psychologie vergeblich gesucht. Das Buch dient also zur

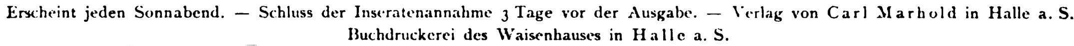


Aufklärung und verfolgt andrerseits die Absicht, eine Verständigung zwischen seelsorgerischer und ärztlicher Auffassung herbeizuführen oder wenigstens deren Möglichkeit nachzuweisen. Das Buch hat uns sehr gefallen; besonders angenehm berührt hat uns, mit welch' feinem Taktgefühl der Verf. den seelsorgerischen Standpunkt dabei präcisiert, nicht den Geistlichen von der praktischen Irrenpflege ausschliessend, sondern ihn eher einladend, nach Maassgabe seines beruflichen Vermögens mitzuwirken.

Der grösste Theil des Buches ist natürlich einer gemeinfasslichen Darstellung der Psychosen und psychopathischen Zustände gewidmet; mit Recht ist dabei der Schilderung der psychopathischen Minderwerthigkeiten ein verhältnissmässig grosser Raum zugewiesen worden, da sie ja nicht bloss der ärztlichen Beurtheilung Schwierigkeiten bereiten, sondern von dem Laienpublikum ihre Bedeutung gänzlich verkannt wird. Dem Erforscher und besten Kenner der psychopathischen Minderwerthigkeiten, J. L. A. Koch, seinem Lehrer, hat denn auch R. das Buch zugeeignet. In den allgemeinen Vorbemerkungen handelt R. u. a. von dem Werth der Psychiatrie für die Seelsorge und der Vereinbarkeit der ärztlichen Auffassung mit der sittlich-religiösen. Irrig ist, so führt Verf. aus, die Ansicht, als könnte und müsste diese Verständigung zwischen Aerzten und Seelsorgern innerhalb der Mauern der Irrenanstalten vor sich gehen; gerade auf dem grossen Zwischengebiet zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit, wohin z. B. die Nervosität gehöre, müsse ein friedliches Zusammenwirken beider angebahnt werden. Er widerlegt die von manchen principiellen Gegnern der Psychiatrie hartnäckig festgehaltene Meinung, als würden von dieser die Begriffe von Verantwortlichkeit, Moral und Religion völlig aufgehoben; der Stoff der Psychiatrie drängt freilich oft zu philosophischen und theologischen Erörterungen; das Umgekehrte ist auch der Fall; aber sie ist eine ärztliche Erfahrungswissenschaft, die mit ihrer Forschung nicht warten kann, bis die Philosophie die einzig richtige Ansicht, z. B. von dem Verhältniss von Körper und Seele, gefunden, und die es nicht zu scheuen braucht, sich mit der christlichen Weltanschauung auseinanderzusetzen. Der Werth psychiatrischer Kenntnisse für den Seelsorger wird an dem Beispiel der epileptischen Seelenstörung dargethan, deren Verständniss diesem manche bittere Enttäuschung ersparen kann, und das Axiom aufgestellt, dass das Verständniss für krankhafte Geisteszustände in umfassender und wissenschaftlicher Weise nur durch die Psychiatrie vermittelt wird, zu deren Studium, wie es in einzelnen Ländern eingeführt, dem jungen Theologen während seiner Ausbildung Gelegenheit gegeben werden sollte. Die ärztlich-wissenschaftliche Anschauung steht mit der sittlich-religiösen nicht im Widerspruch, sondern bildet deren nothwendige Ergänzung. Es giebt aber unter uns Menschen Pharisäer genug, die für ihre eigene Person gegebenen, aber nicht motivirten Falls gleich bereit sind, die Auffassung der Psychiatrie von der Abhängigkeit mancher Mängel und Sünden von körperlichen Einflüssen sich zu nutze zu machen, während sie bei ihrem Nebenmenschen unter den gleichen Umständen den strengen kategorischen Imperativ „du sollst, denn du kannst" anwenden. Auf diese allgemeine menschliche Schwäche ist auch das Misstrauen vieler gebildeter Laien gegen die Psychiatrie zurückzuführen. In einem der Schlusskapitel widerlegt R. die von Laien oft ausgesprochene Ansicht, dass nur derjenige einen Kranken recht verstehen könne, der Gesunde recht verstehe, und erläutert an einzelnen Beispielen die Wichtigkeit der Psychiatrie für Pädagogik, Geschichte und politisches und Gesellschaftsleben. Endlich wird die Bedeutung der Psychiatrie für die Aufgaben der Seelsorge erörtert. Die Aufgabe des Seelsorgers ist zunächst eine unmittelbare, die Seelsorge im engeren Sinne, d. h. die kirchlich-religiöse Pflege. Trägt der Geistliche den eigenartigen Bedürfnissen des krankhaft beeinflussten Geisteslebens nicht gebührend Rechnung, so verfehlt die Seelsorge ihren Zweck, ja sie kann direkt Schaden stiften. Im anderen Falle lasse sich aber unbedenklich der Satz aufstellen, dass das Anrecht auf eigentliche Seelsorge durch krankhafte Geisteszustände an sich nicht aufgehoben, sondern vielfach eher erhöht wird. An einzelnen Beispielen wird das Verhalten des Geistlichen gegenüber Geisteskranken erläutert, namentlich gegenüber Melancholischen, wo ihm in der That die grössten Schwierigkeiten erwachsen können. Die mittelbare Aufgabe besteht in der Fürsorge für die geistige Gesundheit, zu welcher der Seelsorger um so eher berufen ist und daher um so eher der psychiatrischen Kenntnisse bedarf, als er in vielen Familien in seelischen Angelegenheiten viel eher als der Arzt zu Rathe gezogen wird, die Anfänge einer Geistesstörung bis in ihre feinsten Wurzeln verfolgen und daher auch am ehesten dem Kranken oder den Angehörigen auf die Mittel zur Besserung, vor Allem auf die Anhörung eines sachverständigen Arztes verweisen kann.

Wir sind überzeugt, dass das Buch sich auch unter den Seelsorgern, welche an der Irrenpflege mitwirken, viele gute Freunde erwerben wird. Ueberall tritt uns der Koch'sche Geist in dem Buche deutlich entgegen, und wer die Verdienste des berühmten Irrenarztes in Zwiefalten um das Verständniss psychopathischer Zustände kennt, für den bedarf das obige Buch keiner besonderen Empfehlung. Br.

(Dieses Referat war bereits gesetzt, als uns die unser Urtheil bestätigende Nachricht zuging, dass das Buch bereits von den Königl. Consistorien für Brandenburg, Schlesien, Posen, Sachsen, Hessen-Nassau (Kassel und Frankfurt a. M.), von denen im Kgr. Bayern, Sachsen und Württemberg, sowie des Grossherzogthums Hessen amtlich empfohlen worden ist. Auch hat es in der theologischen Fachpresse eine sehr günstige Besprechung erfahren.)



Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 8/9. 3. Juni **1899.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal ℳ 4,—.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog No. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Das holländische Irrenwesen.

Von Dr. *M. J. van Erp Taalman Kip.*

In der langsamen Evolution, welche in allen Culturländern das Irrenwesen seit einigen Jahrhunderten durchmacht, kann man überall dieselben drei Stadien wieder finden, welche mit den geläufigen Namen des Barbarismus, der Humanität und der rationellen Therapie wohl am besten zu bezeichnen sind. In den verschiedenen Ländern hat sich aber diese Umwälzung sehr verschieden schnell vollzogen und so wird man beim Vergleichen des jetzigen Zustandes des Irrenwesens in den verschiedenen Staaten natürlich weit auseinandergehende Entwickelungsstufen dieses selben Fortschrittsprocesses auffinden.

In folgenden Theilen werde ich versuchen in Kurzem zu scizziren, bis zu welchem Punkte dieses Hinaufstrebens das holländische Irrenwesen am Ende unseres Jahrhunderts gekommen ist.

Dabei glaube ich am besten zu thun, drei Sachen so scharf wie möglich auseinander zu halten.

1. Die staatliche Fürsorge, die sich auf die Gesetze für die Geisteskranken und die Art und Weise ihrer Pflege in einigen hauptsächlichen Punkten bezieht.

2. Die Weise, worauf im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften sich die Pflege der Geisteskranken in den Anstalten weiter im Einzelnen gestaltet.

3. Die s. s. medicinische Behandlung.

Die staatliche Fürsorge der Geisteskranken, wie sie jetzt ausgeübt wird, ist festgestellt durch das Irrengesetz vom Jahre 1884.

Dieses Gesetz hat alle Geisteskranken (mit Ausnahme derer, welche, ohne ihrer Freiheit beraubt zu sein, in ihrer eigenen oder nächsten Familie gepflegt werden) unter die Aufsicht des Staates gebracht.

Auf eine Definition dessen, was man unter Geisteskrankheit zu verstehen hat, ist gänzlich verzichtet worden.

Diese Aufsicht wird an erster Stelle ausgeübt von zwei Inspectoren*), die im Allgemeinen dafür

*) Es ist im Gesetze nicht ausdrücklich hervorgehoben, dass diese Inspectoren Mediciner sein müssen. Doch wird das wohl gemeint sein, denn im Art. 1 Al. 2 heisst es: „Diese Inspectoren üben keine medicinische Praxis aus." Jedenfalls sind sie Mediciner.



zu sorgen haben, dass jeder Geisteskranke, sei es in, sei es ausser einer Anstalt, gepflegt wird, wie es sein Zustand erfordert.

Die Aufsicht des Staates über die in Anstaltspflege sich befindenden Geisteskranken äussert sich erstens darin, dass keine neue Anstalt errichtet werden darf ohne Genehmigung des Staates, wobei Baupläne u. s. w. gründlichst geprüft werden; zweitens in der fortwährenden Controle der schon bestehenden Anstalten, sowohl in Bezug auf den ganzen Betrieb, als auch auf die Patienten selbst; es darf z. B. in einer Anstalt keine neue Bestimmung einem der Räume gegeben werden, ohne die Erlaubniss der Regierung, welche in diesen Sachen ganz dem Rath der Inspectoren zu folgen gewohnt ist.

Unter Irrenanstalt versteht das Gesetz jedes Haus, in dem mehr als zwei Geisteskranke ausser ihrer Familie untergebracht sind. Es giebt zwei Reichsanstalten, ferner provinziale, Gemeinde- und private Anstalten. Jede Corporation und jede private Person kann eine Anstalt gründen, wenn nur nach Prüfung aller Einzelheiten des Terrains, Baues, Betriebs und Personals die Regierung sich mit diesen Sachen einverstanden erklärt und ihre Genehmigung zur Gründung abgiebt. Uebrigens haben die einzelnen Provinzen dafür Sorge zu tragen, dass für ihre Geisteskranken genügender Raum in den Anstalten zu finden ist. Sie erfüllen diese Pflicht theils durch die Einrichtung eigener Anstalten, wo also erstens die aus der eigenen Provinz stammenden Patienten Platz finden können, theils durch Contracte mit von anderen Provinzen oder sonstigen Corporationen gegründeten.

Die Inspectoren haben zu jeder Zeit das Recht, eine Anstalt zu besuchen, wobei sie nicht nur die Anstalt selbst und ihre Insassen inspiciren, sondern auch die Krankengeschichten durchsehen können; ein Register, wo jeder Gebrauch eines Zwangsmittels (auch Isolirung) eingetragen werden muss, wird ihnen bei diesen Besuchen auch immer vorgelegt.

Ueberdies wird noch ebenso an nicht vorher bestimmten Tagen, aber mindestens dreimonatlich jede Anstalt vom Staatsanwalt in Begleitung eines der Inspectoren des staatlichen Medicinalwesens visitirt; dabei untersuchen sie speciell die Patienten, um sich zu überzeugen, dass keine Geistesgesunden in der Anstalt zurückgehalten werden.

Die nicht in Anstalten untergebrachten Geisteskranken sind dadurch der staatlichen Aufsicht unterworfen, dass jede Person, die einen Geisteskranken in ihr Haus aufnimmt, hiervon sofort dem Bürgermeister der Gemeinde seiner Wohnung Anzeige zu machen verpflichtet ist. Der Bürgermeister meldet dies dann den Inspectoren, die infolgedessen zu jeder Zeit in das Haus eintreten können, um zu untersuchen, ob dem Patienten die ihm gebührende Pflege gewährt ist.

Zur Aufnahme eines Geisteskranken in eine Anstalt wird von einem der nächsten Verwandten*) des Patienten ein Antrag zur Unterbringung in eine Anstalt dem Kreisrichter (holländisch Kantonrechter**) eingereicht; diesem Antrag wird ein ärztliches Zeugniss beigefügt (jeder Arzt ist befugt, dieses abzugeben), welches bescheinigt, dass der betreffende Patient geisteskrank ist und die Erscheinungen enthält, durch welche die Geisteskrankheit sich offenbart. Der Kreisrichter kann dann sofort den Befehl zur Internirung ertheilen, kann aber auch, z. B. wenn das ärztliche Zeugniss nicht überzeugend genug ist, eine nähere Untersuchung einstellen. Der Befehl des Kreisrichters***) zur Internirung wird sofort ausgeführt.

Vom Eintrittstage des Patienten an hat der behandelnde Arzt (d. h. der Arzt der Abtheilung, wo der Patient in Pflege gekommen ist) die Pflicht, täglich seine Beobachtungen niederzuschreiben. Nach den ersten zwei Wochen soll er mindestens einmal wöchentlich, nach einem halben Jahre mindestens einmal monatlich seine Notizen über den Patienten machen.

Von diesen Notizen, die also eine gesetzlich vorgeschriebene Krankengeschichte darstellen, sendet er drei Tage nach der Aufnahme dem Staatsanwalt eine Abschrift. Wenn der Patient vier Wochen in Anstaltspflege ist, muss eine neue Einwilligung zur weiteren Internirung eingeholt werden. Dazu wird vom behandelnden Arzte eine Abschrift der Krankengeschichte dieser Zeit und ein motivirtes Attest über den Zustand des Patienten dem Gericht (holländisch Arrondissements-Rechtbank, nämlich

*) Wenn keine Verwandten da sind, kann der Staatsanwalt an ihrer Stelle die Anfrage thun.

**) Der „Kantonrechter" ist der Richter, der in den geringsten Sachen ganz allein Recht spricht.

***) Wenn die Aufnahme z. B. der Gemeingefährlichkeit wegen sehr schnell erfolgen soll, kann sie ganz einfach auf schriftlichen Befehl des Bürgermeisters geschehen. Weiter ist dann nichts nöthig. Eine solche Aufnahme ist dann eine vorläufige Aufbewahrung, welche nur höchstens acht Tage dauern darf; ist dann noch längere Pflege nothwendig, dann muss auf andere Weise der Termin verlängert werden.



Collegium von fünf Richtern) zugesandt, wobei der Arzt für eine bestimmte Zeit (höchstens ein Jahr) Verlängerung des Pflegetermins beantragen muss. Das Gericht entscheidet dann auf Grund dieser Schriftstücke, ob und wenn ja, für wie lange Zeit die weitere Anstaltspflege zu gestatten ist. Wenn dann nach einem Jahre noch längere Anstaltspflege nothwendig ist, muss aufs neue Genehmigung dazu und immer auf dieselbe Weise eingeholt werden, u. s. w. immer nach einem Jahre aufs Neue.

Die Art der Entlassung und die Vorschriften, welche dabei zu befolgen sind, haben zu wenig medicinisch-praktische Bedeutung, um sie hier in extenso mitzutheilen. Während der Director in geheilten Fällen natürlich ganz frei ist, den Patienten gehen zu lassen, wenn er will, ist es in ungeheilten und allerlei zweifelhaften Fällen für den Arzt nur angenehm, dass er die Verantwortung der Justiz auf den Hals schieben oder mindestens mit ihr die Verantwortung für die Entlastung theilen kann.

In Betreff des zweiten Punktes, nämlich der Weise, wie in den Anstalten sich die Pflege gestaltet, kommt natürlich an erster Stelle die Frage in Betracht, wie die Anstalten selbst sind. In dieser Hinsicht ist in der letzten Zeit sehr viel verbessert worden, da mit der wachsenden Zahl der Anstaltsinsassen und der dadurch hervorgerufenen Ausbreitung der Zahl der Anstalten immer mehr die in der letzten Zeit nur nach Pavillonsystem auf dem Lande errichteten Anstalten in den Vordergrund gerückt sind.

Es ist gerade jetzt 50 Jahre her, dass in Holland die erste Anstalt auf dem Lande in Gebrauch genommen wurde. Es war die provinziale Anstalt „Meerenberg", (jetzt unsere grösste mit 1113 Patienten), die sich damals ganz allein von allen übrigen holländischen Anstalten unterschied, nicht nur durch ihre Lage auf dem Lande, sondern auch dadurch, dass sie nicht durch Umformung von alten, früher für andere Zwecke benutzten Gebäuden entstand, sondern ganz neu errichtet worden war. Seitdem sind immer mehr gefolgt, sodass gegenüber dem Zustande vom Jahre 1849, wo im Ganzen zwölf Anstalten existirten, welche alle in Städten gelegen waren, wir jetzt elf städtische und elf im Freien gelegene Anstalten aufweisen können. Einen noch besseren Einblick in die Grösse dieser Veränderung bekommt man durch folgende Zahlen. Während am 1. Januar 1848 die Gesammtzahl der in Anstaltspflege sich befindenden Geisteskranken noch in den alten städtischen Gebäuden weilte, nämlich 1128, waren am 1. Januar 1898 von der Gesammtzahl, welche damals 7722 betrug, nur noch 3202 Patienten in den städtischen Anstalten. Diese Zahlen zeigen zur Genüge, dass, wenn auch in diesen 50 Jahren sich die städtischen Anstalten noch bedeutend vergrössert haben, doch allmählich sich die Mehrzahl der Patienten nach den neu errichteten Anstalten auf dem Lande bewegt. Speciell im letzten Jahrzehnt hat sich in dieser Hinsicht sehr viel geändert und fast jedes Jahr bringt wieder eine neue Anstalt auf dem Lande, während Ausbreitung der städtischen Anstalten nicht mehr zugelassen wird. Die Anstalten, welche in den letzten Jahren gebaut worden sind, genügen jeder hygienischen und psychiatrischen Forderung; sie sind ganz den neuen Principien bezugs der Pflege der Geisteskranken angepasst, haben sämmtlich Kranken- und Wachabtheilungen*), geben auf verschiedene Weise Gelegenheit zur Arbeit, sind hübsch geschmückt mit Pflanzen und derartigen Sachen, welche die Ecken füllen und die Wände zieren, ja geben hier und da sogar den Eindruck eines Vergnügungsortes, sodass die Frage sich dem Besucher aufdringen kann, ob es nicht zu weit geht, wenn man den bis jetzt geistesgesunden Menschen solche schwere Bürden auf den Hals schiebt, um einer grossen Menge Dementer und Idioten wenigstens äusserlich in jeder Hinsicht den Höhepunkt eines menschenwürdigen Daseins zu gute kommen zu lassen.

Aber nicht nur die Art der Gebäude, wo die Geisteskranken gepflegt werden, sondern auch die Pflege selbst hat sich in der letzten Zeit bedeutend gebessert, sodass ich wohl behaupten darf, dass, abgesehen von einigen örtlichen Ausnahmen, sich doch im Allgemeinen bei uns die Pflege der Geisteskranken jetzt auf ziemlich hoher Stufe befindet. Dies wird, meine ich, wohl an erster Stelle grösstentheils den Bestrebungen der Inspectoren zu danken sein, die immer und überall ihre sehr humanen Ansichten durchzuführen sich bemühen und bei jeder Gelegenheit, die es giebt, gegen jede Form von Zwangsbehandlung ihre Stimme hören lassen und einer so viel wie möglich freien Behandlung mit Ueber-

*) Auch in den städtischen Anstalten ist immer eine Wachabtheilung, meistens in Verbindung mit der Krankenabtheilung vorhanden und wird die systematisch durchgeführte Bettbehandlung sowohl bei acuten Krankheitsfällen als bei jedem intercurrenten Aufregungszustand immer mehr zur Gewohnheit.

zeugung und Kraft das Wort reden. Sie haben unbestritten das Verdienst, das Fortlassen jedes mechanischen Zwanges in der Irrenpflege gefördert zu haben, indem der Zwang nur noch hier und da chirurgischer Zwecke wegen ein einziges Mal Anwendung findet. Auch das Isoliren wird immer weniger, ja es giebt einige Anstalten, wo es fast ganz unterbleibt und, wenn es ja einmal nöthig sein sollte, dann sind doch jedenfalls grösstentheils die früheren, dunkeln, engen, mit Gittern versehenen Tobzellen von geräumigen, luftigen und lichten Einzelzimmern verdrängt worden.

Etwas eingehender muss ich das Wartpersonal besprechen. Bei diesem für die Irrenpflege so überaus wichtigem Punkte zeigt schon der Sprachgebrauch, wie es bei uns sich mit der Sache verhält, denn man hört bei uns in der Irrenpflege die Wörter Wärter und Wärterin gar nicht mehr, sondern wir sprechen immer von Pflegern und Pflegerinnen, gerade so gut wie in der übrigen Krankenpflege. Weiter hat sich in den letzten Jahren eine starke und immer wachsende Strömung gezeigt, die Irrenpflege ganz in die Hände von Pflegerinnen zu geben*), und es giebt schon mehrere Anstalten, wo mit Ausnahme einiger sehr unruhiger Elemente auch die männlichen Patienten der Sorge von Pflegerinnen anvertraut sind.

Diese grössere Bedeutung, welche dem Weibe in der Irrenpflege in den letzten Jahren zu theil geworden ist, hat sehr zur Hebung des Personals beigetragen, das sich speciell dadurch zeigt, dass es sich aus besseren Ständen als früher rekrutirt.

Es liegt eben in der Natur des Weibes, sich erniedrigen zu wollen und aus seinem Kreise herabzusteigen, um mit Aufopferung aller Kräfte seines Körpers, Geistes und Herzens Hilfe zu leisten, wo es nöthig ist, in schwerem Beruf und maassloser Anstrengung den Interessen der leidenden Menschheit sich unterordnend. Und also sich herabbeugend hebt sie das, wozu sie sich herabgelassen hat.

Noch ist der Endpunkt dieses Wegs lange nicht erreicht. Wir sind erst im Anfange, aber das lässt sich doch schon sagen, dass wir auf gutem Wege sind. So bald das Weib die ihm so passende Stellung eingenommen hat, wird die sog. Wärterfrage nicht mehr an erster Stelle eine Geldfrage sein, obwohl es natürlich auch hier nöthig sein wird, für schwere Arbeit auf jede Weise die zukommende Belohnung zu gewähren.

Noch auf andere Weise ist man seit einigen Jahren hier bestrebt, unser Personal zu heben. Erstens werden an allen Anstalten regelmässig Kurse abgehalten, wo theoretisch und praktisch nicht nur die Irrenpflege, sondern auch die vornehmsten Punkte der Krankenpflege im Allgemeinen, und auch die Elemente einiger vorbereitenden Fächer, wie Anatomie, Physiologie und Hygiene, dociert werden. Auch wird hier und da noch mehr allgemeine Kenntnisse zu erwerben möglich gemacht durch Unterricht in Elementarfächern. Wenn ein Pfleger oder eine Pflegerin drei Jahre praktisch in der Irrenpflege thätig gewesen ist und den bezüglichen Kursen beigewohnt hat, kann er (sie) sich einem Examen unterwerfen. Dieses Examen wird einmal im Jahre abgenommen von einer Commission von fünf Mitgliedern der „Nederlandsche Vereenigiung von Psychiatrie en Neurologie", welche den Candidaten, die das Examen gut bestanden haben, ein Diploma überreicht. Das Ziel, dem unser Verein mit diesem Examen und dem Ausgeben des Diplomas nachstrebt, ist nicht nur unserem Personal mehr Kenntnisse zu theil werden zu lassen, sondern auch das Ansehen des Pflegerstandes zu erhöhen, damit immer wieder mehr gebildete Elemente sich der Irrenpflege zuwenden.

In wie weit die in der letzten Zeit deutliche Besserung des Personals diesem intellectuellen Ehrgeiz zuzuschreiben ist, wage ich nicht zu entscheiden.

Wenden wir uns schliesslich dem dritten Punkte zu, nämlich der medicinischen Behandlung der Geisteskranken im engeren Sinne.

Diese lässt sich nicht besprechen, ohne zugleich die beiden vorigen Factoren in Betracht zu ziehen, denn das Resultat der medicinischen Behandlung hängt nicht nur vom behandelnden Arzte, sondern eben so viel von dem Zeitpunkte ab, wo er den Patienten zu Gesicht bekommt. Leider hat das Gesetz dafür gesorgt, dass das meistens zu spät ist. Man hat sich gründlich gegen die Möglichkeit verwehrt, dass

*) Dem Director der Anstalt „Meerenberg", Dr. J. van Deventer, kommt die Ehre zu, bei uns zuerst die besondere Bedeutung der Pflegerinnen in der Irrenpflege anerkannt zu haben. Während im Jahre 1892 in „Meerenberg" 62 Pfleger und 71 Pflegerinnen beschäftigt waren, hatte man dort im Jahre 1897 nur noch 49 Pfleger, dagegen 154 Pflegerinnen. Das Verhältniss zwischen den Zahlen der männlichen und weiblichen Patienten war in dieser Zeit sich ziemlich gleich geblieben: am 31. Dezember 1892 waren 637 Männer und 643 Frauen, am 31. Dezember 1897 waren 648 Männer und 665 Frauen in der Anstalt.



je ein Geistesgesunder aus Versehen in eine Anstalt aufgenommen werden könnte, und hat durch das so feste Verschliessen des Thores, das nur vom Richter geöffnet werden kann, nur dieses erreicht, dass so gut wie gar keiner nur aus Rücksicht auf eine mögliche Genesung aufgenommen wird. Er wird immer nur entweder weil er gemeingefährlich oder weil er mindestens seinen Angehörigen zu viel Mühe macht, internirt. Nie ist die Hoffnung auf Genesung der einzige Grund einer Anstaltsaufnahme bei einem Patienten, der vorher noch nie in einer Anstalt war.

Eine nothwendige Folge davon ist, dass überhaupt nur wenige heilbare Fälle in Anstaltspflege kommen, denn wenn nicht sofort der Patient für seine Umgebung störend wird, zeigt sich der Geist des Gesetzes im Widerstande der Familie, die jedenfalls den Kranken für die Anstalt „reifen" lassen will, bevor zu einer solchen Zwangsmaassregel geschritten werden darf.

Da wird es denn die Pflicht des Hausarztes, diesen Widerstand zu überwinden, und so hat er seinen Kampf zu führen gegen alle die alten Vorurtheile, welche nicht nur in den Köpfen von ungebildeten Arbeitern ungestört ihr anachronistisches Dasein fristen, sondern sogar von den Führern der grossen Menge, auch von den Abgeordneten, bei jeder Gelegenheit hervorgebracht werden und bei der hoffentlich bald stattfindenden Revision des Irrengesetzes wohl wieder versuchen werden sich in der Form eines neuen Gesetzes mit noch ausgebreiteteren Vorsichtsmaassregeln gegen widerrechtliche Einsperrung zu verkörpern.

Und wie soll der Hausarzt diese Vorurtheile niederkämpfen? Durch seine unerschütterliche Ueberzeugung, dass nur durch baldige Anstaltsaufnahme Heilung zu erreichen ist? Diese Ueberzeugung hat er nicht, er kann sie nicht haben, denn ihm gehen die psychiatrischen Kenntnisse ab, die nöthig sind, um die Geisteskrankheit ihrer Art und ihrem Grade nach so zu würdigen, dass er behaupten kann, dass Anstaltspflege nothwendig ist. Wohl hat das Irrengesetz jedem Arzte das Recht gegeben durch sein Zeugniss die Anstaltsaufnahme zu ermöglichen, und dadurch in dringenden Fällen ihm auch die moralische Pflicht dazu aufgebürdet, aber der Staat hat nicht daran gedacht, dass bei dieser Sachlage dem Arzte auch die Gelegenheit gegeben werden sollte, sich die ihm dazu nöthigen psychiatrischen Kenntnisse zu eigen zu machen. Diese Gelegenheit fehlt an den Reichsuniversitäten vollständig. An keiner ist ein Professorat oder Lectorat für Psychiatrie, noch viel weniger eine psychiatrische Klinik. Es giebt also an unseren Reichsuniversitäten gar keinen psychiatrischen Unterricht und steht also der praktische Arzt in Bezug auf seine psychiatrischen Kenntnisse meistens auf nicht viel höherer Stufe als jeder gebildete Laie.

Natürlich finden also die Aufnahmen viel zu spät statt. Der Arzt „glaubt", der Patient sei geisteskrank, soll in eine Anstalt; die Umgebung „meint", er sei es nicht, also bleibt der Patient wo er ist, denn der Arzt kann andern nicht eine Ueberzeugung mittheilen, wo er selbst nur vermuthet. Erst recht aber zeigen sich die unglücklichen Folgen dieser ärztlichen Unsicherheit, wenn es sich um einen armen Patienten handelt, für den die Gemeinde die Kosten tragen muss. Speciell in kleinen Gemeinden wird die Aufnahme sehr oft unendlich lange Zeit verzögert werden, selbst in Fällen, wo die ganze Familie sie wünscht. Der Arzt hat dort nämlich dem Bürgermeister gegenüber nicht genug wissenschaftliche Autorität, um ein Schriftstück abzufassen, das in seinen Folgen der Gemeinde Kosten aufbürdet, und so geschieht es oft, dass ein Geisteskranker Jahre lang ohne jede Pflege bleibt und die günstige Zeit für seine eventuell mögliche Genesung vorübergeht.

Diese Bemerkungen mögen genügen, um zu zeigen, wie in Holland die Irrenanstalten in den Augen des Publicums nur der Sicherstellung gegen gemeingefährliche oder mindestens störende Elemente wegen da sind. Wohl hört man sehr oft unsere Anstalten mit Krankenhäusern vergleichen, wovon sie sich nur unterscheiden sollen durch die besondere Art der Kranken, welche dort gepflegt werden, aber die Illusionisten, welche diesen Vergleich ausfindig gemacht haben, vergessen, dass eines der wichtigsten Charakterzeichen eines Krankenhauses darin besteht, dass sich dort Kranke aufnehmen lassen mit dem Ziele, geheilt zu werden. Dieses Ziel aber fehlt bei der Aufnahme in unsere Irrenanstalten, wie gesagt, ganz, dank unserem Irrengesetze; und so lange nicht durch an allen Universitäten errichteten psychiatrischen Kliniken jedem medicinischen Studenten mindestens die Gelegenheit gegeben, besser noch die Pflicht auferlegt wird, sich psychiatrische Kenntnisse zu erwerben, wird unseren Anstalten gewiss der Charakter des Krankenhauses versagt bleiben.

Der Kernpunkt der medicinischen Fürsorge der Geisteskranken liegt an erster Stelle in der zeitigen



Behandlung, also bei dem Hausarzte. Und mag man die Anstalten so gut und schön einrichten, wie man will, mag man jedem Kranken eine Uebermenge von frischer Luft, eine sehr grosse Freiheit von Bewegung u. s. w. gestatten, das alles ist sehr human, aber medicinisch hat es gar keine Bedeutung, wenn der Kranke zu spät diesem Dorado zugeführt wird.

Uebrigens brauche ich kaum noch hervorzuheben, dass die s. s. medicinische Behandlung in der Anstalt selbst auch sehr oft zu wünschen übrig lässt. Wie wenig noch bei uns die Ueberzeugung gewurzelt ist, dass die Psychiatrie theoretisch studirt und praktisch geübt werden soll, bevor ein beliebiger Arzt sich mit Geisteskranken abgeben kann, ohne Gefahr für seine Patienten, zeigt sich wohl am besten aus der Thatsache, dass sogar einer unserer Inspectoren nie an einer Anstalt gearbeitet, nie einen psychisch Kranken selbst behandelt, oder wenigstens längere Zeit beobachtet hat. Wenn die Regierung also vorgeht, die psychiatrische Schulung als ganz und gar entbehrlich für irrenärztliche Thätigkeit officiell zu proclamiren, darf es nicht Wunder nehmen, dass sich mehrfach diese vollkommene Gleichgültigkeit gegen specielle Vorbildung auf diesem Gebiete kund giebt. So konnte es geschehen, dass vor einigen Jahren ein Arzt zum Leiter einer Irrenanstalt ernannt wurde, ohne jemals zuvor an einer Anstalt thätig gewesen zu sein. So ist es auch zu erklären, dass die Mehrzahl unserer Irrenärzte aus gewesenen Militärärzten recrutirt wird, die nach ihrer Pensionirung durch Mangel an jüngeren, specialistisch entwickelten Kräften sehr leicht eine Stelle als Irrenarzt bekommen können. Wohl sind natürlich unter diesen sehr gute, selbst einige sich später als sehr tüchtig erweisende Personen, doch traurig bleibt es, dass als Regel es bei uns keine andere Vorbildung für irrenärztliche Thätigkeit giebt als die militärärztliche Laufbahn, mit Ausnahme von einigen wenigen jungen Aerzten, die sich die Zeit und Mühe geben wollen im Auslande an einer psychiatrischen Klinik zu erlernen, was man in Holland nicht lernen kann. In vielen Fällen hat der Arzt, wenn er an einer Irrenanstalt in Function tritt, nie einen Geisteskranken gesehen, viel weniger behandelt, jedenfalls nie studirt. Er muss anfangen mit Sehen, Studiren und Behandeln, alles zugleich; natürlich wird im besten Falle in der ersten Zeit nicht behandelt, und es ist noch ein grosses Glück zu nennen, wenn der neue Irrenarzt noch jung genug ist, sich seinem neuen Beruf mit voller Hingebung zu widmen und sich nach einigen Jahren zu einem leidlichen, humanen, aufopferungs- und liebevollen, gebildeten obersten Oberwärter entwickelt hat, der Bettpflege durchführt, Isolirungen vorbeugt, intercurrente Krankheiten lege artis behandelt, ja ohne diesen auch Bromate, Opiate, Trional und vielleicht Thyreoidea-Präparate anordnet, pflichttreu seine täglichen Beobachtungen unter dem Namen „Krankengeschichte“ niederschreibt und dazu noch mikroskopirt. Aber Psychiater wird er nie und kann es niemals werden.

Dass es bei uns also kaum eine ärztliche Irrenbehandlung giebt, dass nur diejenigen Fälle zur Genesung kommen, welche meistens auch ohne jede Pflege von selbst zur Lösung kommen würden (periodische Fälle), dass übrigens mit Bettbehandlung, wie eine Schablone durchgeführt, sich nur noch einige zweifelhafte Fälle günstig gestalten, und dagegen alles übrige ziemlich ohne jedes ärztliche Eingreifen exspectativ behandelt wird, bis alles rettungslos verloren ist, um dann schliesslich die Trümmer des zerütteten Geistes der Anstaltspflege zu übergeben, das alles ist das schlimmste nicht, denn ich glaube kaum, dass sich irgend in der Welt die Irrenbehandlung jetzt schon auf bedeutend höherem Standpunkte befindet. Aber während in den meisten Ländern sich jedenfalls der Anfang einer besseren Zeit schon zu zeigen beginnt, wo nicht nur specialistisch vorgebildete Aerzte in den Anstalten ihre volle Arbeitskraft dem noch fernen Ziele widmen, sondern auch jeder andere Arzt so viel psychiatrische Kenntniss hat, dass er die beginnende Psychose zu erkennen und den richtigen Weg zur Verhütung der Unheilbarkeit zu zeigen weiss, ist bei uns noch in langer Zeit gar keine Aenderung des jetzigen traurigen Zustandes zu erwarten.

Während in Deutschland jetzt jede Universität ihre psychiatrische Klinik hat und wahrscheinlich in nächster Zukunft die Psychiatrie als gezwungenes Lehrfach dem Staatsexamen zugefügt werden wird, ist bei uns von dem Allen noch nichts zu bemerken; ja es lässt sich auch gar nicht denken, wie es je dazu kommen würde, denn die Regierung und ihre Rathgeber für das Irrenwesen scheinen es gar nicht der Mühe werth zu finden, so viel wie möglich die holländischen Gehirne in ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten*).

*) Wie wenig hoch man hier den Werth der Psychiatrie anschlägt, zeigt am besten der in den Jahren 1894—96 von



Was ich oben behauptete, wird jetzt jedem Leser als deutliche Wahrheit vor Augen stehen; nicht nur ist der jetzige Zustand unserer Psychiatrie ein sehr trauriger, sondern es wird auch in absehbarer Zeit wohl noch keine Aenderung eintreten. Und so werden wir weiter gehen mit einer immer mehr sich vervollkommnenden Irrenpflege, mit immer höher ins Ideale strebenden hygienischen Verhältnissen und mehr und mehr werden sich in den Augen des Publicums unsere Anstalten zeigen als schöne, geräumige, gesunde Aufbewahr- und Arbeitsstellen für geistig Schwache und Verkommene; aber zu Krankenhäusern werden sie sich nie gestalten, so lange nicht die ärztliche Thätigkeit der Vorbeugung und Behandlung der Geisteskrankheit in den Vordergrund gerückt ist. Unser Irrenwesen ist durch Hypertrophie von Humanität in der Sache unkundigen Laienherzen gänzlich in eine sehr pünktliche staatliche Fürsorge für Geisteskranke und in eine sehr ästhetische Irrenpflege aufgegangen. Hoffen wir, dass nach jetzt schon stattgehabter vollkommener Ueberwindung des barbarischen Stadiums das kommende Jahrhundert mindestens den ersten Schritt zum Uebergang in das dritte Stadium zu verzeichnen haben wird.

Utrecht, Februar 1899.



Erfahrungen in der Beschäftigung von Nervenkranken.

Von *A. Grohmann*-Zürich.

Ich hatte, bevor ich mich der Specialität widmete, Nervenkranke zu beschäftigen, jahrelang in Amerika als Civil-Ingenieur gearbeitet. Einer körperlich thätigen Lebensweise sehr zugethan, hatte ich dort Bekanntschaft mit einer Reihe praktischer Berufe gemacht und viel mit ländlichen Kreisen verkehrt.

Nach Zürich eingewandert, bekam ich ganz andere Gesellschaftsschichten und deren Bethätigungen zu sehen: die gebildeten Stadtbewohner. Ich machte natürlich Vergleiche mit den Bildern von drüben. Hierbei lernte ich manche nervöse Menschen kennen, von denen ich glaubte, dass es hauptsächlich die ihnen nicht adäquate Beschäftigung in wissenschaftlichen Berufen sei, die sie krank, unglücklich, leicht erregbar oder unproduktiv gemacht habe.

Dies führte mich zum Entschluss, ein ihnen vorbildliches Leben in reger körperlicher Kraftbethätigung in Gärtnerei und ähnlichen praktischen Arbeiten zu führen, und jenen Personen Anleitung darin zu geben, die solches wünschten.

Der mir bekannte verdiente Psychiater Professor Forel unterstützte mich hierin und war jahrelang der Hauptprotector meines kleinen Instituts.*)

Später schlossen sich in den Patientenzuweisungen eine grosse Zahl Psychiater und — viel später — praktische Aerzte an.

Ueber die Resultate, die für meine Patienten gewonnen wurden, hat auf Veranlassung Professor Forel's Dr. Monier eine Dissertation geschrieben: „Ueber die Behandlung von Nervenkranken und Psychopathen durch nützliche Muskelbeschäftigung. Unter specieller Berücksichtigung der Erfahrungen im Beschäftigungsinstitute von A. Grohmann in Zürich. 1898."

Diese Arbeit enthält auch eine Anzahl von Auszügen der Krankengeschichten meiner Patienten und eine kritische Analyse von Zweck und Indication

Herrn Prof. Winkler mit der Regierung geführte Kampf, der damit endigte, dass der einzige holländische Professor der Psychiatrie, als er bemerkte, dass man gar nicht den Plan hatte, eine psychiatrische Klinik zu errichten, um seine Entlassung bat, da er nicht die Verantwortung tragen wollte für den Wahn, dass es in Holland einen genügenden psychiatrischen Unterricht gäbe, während dieser doch nur theoretische Unterricht nur sehr geringe Bedeutung haben konnte. Winklers sich für die Sache aufopfernde Selbstlosigkeit wurde von der Regierung belohnt durch die Einwilligung des Entlassungsgesuches, während der Lehrstuhl in Utrecht offen gelassen wurde und jetzt nach $2^1/_2$ Jahren noch offen ist.

In diesem Jahre wird wohl in Leiden ein Professorat errichtet werden, aber leider wieder ohne Klinik (cf. Personalnachricht).

*) Prof. Forel hat auch einiges über meine Bemühungen publicirt: „Zum Kapitel von der Arbeit", im Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 24. December 1896, ferner „Behandlung der Psychopathen" im Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 15. September 1894, und einiges in der Frankfurter Zeitung, 5. September 1896. Dann haben noch Aufsätze über mein Institut geschrieben die Herren: Dr. Delbrück im Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1. December 1896, Dr. M. Laehr in „Zeitschr. für Psych.", Bd. 55, und Prof. A. Eulenburg in „Therapie der Gegenwart", Januar 1899.

der von mir angewandten Arbeiten für Nervenkranke. Sie erschien auch in der „Zeitschrift für Hypnotismus", März 1898. Wer sich noch des Näheren für diese Materie interessirt, verweise ich auf eine kürzlich bei F. Enke in Stuttgart erschienene ausführlichere Arbeit von mir: „Technisches und Psychologisches in der Beschäftigung von Nervenkranken. — Bericht an die Aerzte", mit einem Vorwort von Sanitätsrath Dr. Fr. Wildermuth in Stuttgart und Dr. P. J. Möbius in Leipzig.

Ich bin noch heute — nach sechsjährigen Erfahrungen an 106 Patienten, die durchschnittlich $1/2$ Jahr bei mir waren — fest davon überzeugt, dass meine anfängliche Vorstellung: dass manche Nervenkranke den Weg aus der Cultur zurückzuführen seien, eine sehr glückliche war.

Aber mit Betrübniss denke ich daran, welch' grosse Zahl von schweren und gelegentlich auch von ganz ungeeigneten Patienten mir zugewiesen worden war. Dies war jedenfalls der Hauptgrund zu so manchen meiner erfolglosen Bemühungen. Merkwürdigerweise war es die Scheu vor Irrenanstalten, — Instituten, die auf den ersten Blick doch in keinerlei Beziehung zu meinem Unternehmen stehen, — die die meisten meiner Misserfolge verursachte. Bevor ein Psychopath oder dessen Angehörige einen Psychiater consultiren, ist der Fall meistens schon recht trostlos, und für viele dieser trostlosen Fälle war dann die Zuweisung an mich eine den Betreffenden recht willkommene: man konnte die ominöse Verpflegung in der Irrenanstalt umgehen.

Die aufgenommenen 106 Patienten stellen circa 30% der mir Zugewiesenen dar.

Dieses ungünstige Zahlenverhältniss zwischen Zugewiesenen und Eingeholten ist zu einem grossen Theil darauf zurückzuführen, dass meine Patienten, — meistens den gebildeten und wohlhabenden Kreisen angehörend, — in dem in Europa ganz allgemeinen Vorurtheile gegen die sogenannten „niederen Beschäftigungen" befangen waren. (Wenn ich hierin die landläufigen Urtheile der gesunden Wohlhabenden und Gebildeten in Europa einerseits und den gleichen Gesellschaftsschichten in Amerika andererseits einander gegenüber stelle, so resultirt für mich entschieden eine allgemein vorhandene Corruption in den Ansichten der letzteren.) Kommt nun zu diesem Vorurtheil noch das psychopathische Element mit seiner Vorliebe zur zu hochgegriffenen Geistesthätigkeit, Vergnügungssucht, Zeitvertändelei, Empfindlichkeit, seiner Unharmonie in Wollen und Können und das ganze Lastenregister unserer Nervenkranken noch hinzu, so kann ich mich jetzt — wo ich den Zusammenhang aller dieser Faktoren besser überblicke als am Anfang meiner Institutsthätigkeit, — nicht mehr darüber wundern, dass ich viele Misserfolge gehabt habe.

Von meinen Erfolgen möchte ich Folgendes berichten:

Bei fast allen Patienten, die lange aushielten, nahm ich eine starke Veränderung in der Richtung wahr, dass sie sich an vereinfachtes Leben gewöhnten.

Der richtige Grad von körperlicher Ermüdung, die sie durch die Arbeit erreicht hatten, liess sie auf jene aufreibenden Abendunterhaltungen oder das Lesen im Bett u. s. w. verzichten, die sonst so recht im Geschmacke vieler Nervenkranker liegen. Hieraus resultirte dann wieder bei Einigen Einschränkung der Onanie und früheres Aufstehen, allgemeines Heben der Psyche.

Zur Abstinenz von Alkohol wurden bei mir alle Patienten angehalten und zwar fast durchgehends ohne die mindeste Schwierigkeit. Sie ist einfach Hausregel und ganz selbstverständlich bei uns.

Zu den glücklichsten Kuren gehörten einige frische Fälle von Wahnsinn bei jugendlichen Individuen.

Gewöhnliche Zwangsvorstellungen bei leichtgradig Hysterischen, Schwachsinnigen u. s. w. kamen vielfach zum Verschwinden.

Als Erfolg rechne ich, dass es mir in einer Reihe von Fällen gelungen ist, Patienten zum Uebertritt in einen passenderen Beruf zu bewegen. Bei anderen — ohne Berufswechsel — habe ich dadurch nützen können, dass ich mit vielem Reden und monatelangem „Bearbeiten" der Angehörigen diese dahin aufklären konnte, dass sie dem Patienten mit seiner minderwerthigen Geistesconstitution eine gewisse, individuell bedingte Erleichterung innerhalb seines Berufes schuldig seien.

Im Ganzen halte ich die Beschäftigung von Nervenkranken für eine zeitraubende Geduldprobe. Wer sich zur Anstellung solcher geeignet hält und dazu Lust hat, wird sicherlich Manchem helfen können. Die Anwendung im Grossen halte ich für jetzt noch kaum ausführbar.

Wer es mit einer kleinen Zahl von Patienten unternehmen will, braucht hierzu, wie ich, nicht Arzt zu sein, thut aber gut, sich möglichst an die Aerzte und zwar an solche mit psychiatrischer Bildung



zu halten und sollte seine Patienten recht oft, wenn auch nur in kurzen Visiten, von einem solchen überwachen lassen.

Ich laborire übrigens hier in Zürich an hohen Localmiethen und zu grosser Nähe der Stadt mit ihren Verleitungen für Patienten. Dies veranlasst mich, mein Institut thunlichst bald aufs Land zu verlegen. Hierzu suche ich mich mit einem geeigneten Arzt und Anstaltsbesitzer zu vereinigen.



Mittheilungen.

Siebenundvierzigster Bericht der Inspectoren für das Irrenwesen in Irland.

Dublin 1898.

Das Blaubuch über das irische Irrenwesen des Jahres 1897, 234 Seiten incl. zahlreiche Tabellen umfassend, wurde bereits am 21. Juli 1898 von den Inspectoren dem Gouverneur vorgelegt.

Irland besitzt bei einem Areal von 84 252 qkm und bei 4,5 Millionen Einwohnern 12 Districts- und 17 Privatanstalten für Geisteskranke. Dazu kommen 14 Arbeitshäuser, in denen Geisteskranke untergebracht sind, ferner eine Criminal-Irrenanstalt.

Die Zahl der Geisteskranken und ihre Vertheilung auf die verschiedenen Anstalten am 1. Januar 1897 und 1. Januar 1898 sind aus Tabelle I ersichtlich.

Im Jahre 1896 betrug die Zunahme 609. Auch übertrifft die Zunahme des vorliegenden Jahrganges die aus den letzten 10 Jahren berechnete Durchschnittszunahme von 437.

Die Zahl und Vertheilung der Geisteskranken in den verschiedenen Anstalten vom Jahre 1897 im Vergleich zum Jahre 1880 gestaltet sich folgendermaassen:

In	1880	1897	Zunahme
Districtsanstalten	8 667	14 598	5 931
Dundrum	177	170	— 7
Privatanstalten	622	691	69
Arbeitshäusern	3 513	4 030	517
Gefängnissen	3	3	3
Privathäusern	—	98	98
	12 982	19 590	6 618

Tabelle I.

In	1. Januar 1897	1. Januar 1898	Zunahme
Districtsanstalten	14 041 (7680 M., 6361 Fr.)	14 598 (7 945 M., 6653 Fr.)	557
der Anstalt für geisteskranke Verbrecher und verbrecherische Geisteskranke in Dundrum .	165 (145 „ 20 „)	170 (150 „ 20 „)	5
Privatanstalten	676 (318 „ 358 „)	691 (325 „ 366 „)	15
Arbeitshäusern	3 992 (1636 „ 2356 „)	4 030 (1 657 „ 2373 „)	38
Gefängnissen	-- — —	3 (1 „ 2 „)	3
Privathäusern	92 (45 „ 47 „)	98 (49 „ 49 „)	6
	18 966 (9824 M., 9142 Fr.)	19 590 (10 127 M., 9463 Fr.)	624

Tabelle II.

Jahrgang	Geisteskranke					Idioten					Summe der Geisteskranken und Idioten	Verhältniss der Zahl der Geisteskranken und Idioten zur Zahl der Bevölkerung
	frei	in Anstalten	in Gefängnissen	in Arbeitshäusern	Summe	frei	in Anstalten	in Gefängnissen	in Arbeitshäusern	Summe		
1851	1073	3234	273	494	5074	3562	202	13	1129	4906	9 980	1 : 657
1861	1602	4613	273	577	7065	5675	403	21	934	7033	14 098	1 : 411
1871	1343	7141	5	1274	9763	5147	410	2	1183	6742	16 505	1 : 328
1881	943	7547	—	1284	9774	4548	1896	—	2195	8639	18 413	1 : 281
1891	893	11265	—	2787	14945	4077	996	—	1170	6243	21 188	1 : 222

Tabelle III.

	Bei den neu Aufgenommenen	Bei den Geheilten	Bei den Gebesserten	Bei den Gestorbenen
Dauer der Krankheit 3 Monate	1395 (739 M., 656 Fr.)	623 (369 M., 254 Fr.)	165 (78 M., 87 Fr.)	421 (222 M., 199 Fr.)
„ 3—12 Monate . . .	406 (219 „ 187 „)	132 (72 „ 60 „)	52 (34 „ 18 „)	200 (114 „ 86 „)
„ 12 Mon. u. im Rückfall	559 (315 „ 244 „)	267 (145 „ 122 „)	63 (34 „ 29 „)	96 (56 „ 40 „)
„ üb. 12 Mon., do. od. nicht	674 (372 „ 302 „)	133 (72 „ 61 „)	110 (67 „ 43 „)	279 (161 „ 118 „)
Entwicklungshemmungen . .	117 (69 „ 48 „)	— — —	15 (9 „ 6 „)	42 (24 „ 18 „)
Unbestimmt	134 (82 „ 52 „)	37 (23 „ 14 „)	37 (19 „ 18 „)	53 (29 „ 24 „)
	3285 (1796 M., 1489 Fr.)	1192 (681 M., 511 Fr.)	442 (241 M., 201 Fr.)	1091 (606 M., 485 Fr.)

Die grösste Zunahme von Kranken zeigen die Districtsanstalten. 1880 war das Verhältniss der in ihnen vorhandenen zur Gesammtzahl der verpflegten Geisteskranken 67 %, 1897 aber 75 %. Die gleiche Berechnung, auf die in Arbeitshäusern Untergebrachten angewendet, ergab im Jahre 1880 einen Procentsatz von 27, im Jahre 1897 aber eine Abnahme auf 21.

Tabelle II giebt von 1851 an in zehnjährigen Zwischenräumen eine Uebersicht über Zahl und Aufenthalt der Geisteskranken.

Die Abnahme der Zahl der Idioten in Anstalten wird den Schwankungen der Diagnose zugeschrieben, wonach viele Idioten unter der Rubrik der Geisteskranken untergebracht wurden.

Das Verhältniss der Zahl der Geisteskranken zur Bevölkerungszahl gestaltet sich wie folgt:

1880	5 202 648	12 982	250
1881	5 145 770	13 326	259
1882	5 101 018	13 704	269
1883	5 023 811	13 981	278
1884	4 974 561	14 178	285
1886	4 905 895	14 590	297
1887	4 857 119	15 147	312
1888	4 801 312	15 551	324
1889	4 757 385	16 026	337
1890	4 717 959	16 251	344
1891	4 681 248	16 688	356
1892	4 638 169	17 124	369
1893	4 615 312	17 276	374
1894	4 600 599	17 655	384
1895	4 574 764	18 357	401
1896	4 560 378	18 966	416
1897	4 551 737	19 590	430

Nimmt man die aussenstehenden Geisteskranken mit, so wächst das Verhältniss von 430 auf 540.*)

Folgende Tabelle enthält die Vertheilung der verschiedenen Altersstufen, in der Art, dass auf 1000 Geisteskranke kommen im Alter von:

	1871	1881	1891
0—15 Jahren . . .	72	52	36
15—25 " . . .	158	134	118
25—45 " . . .	448	450	426
45—65 " . . .	258	285	334
65—X " . . .	64	79	86

Die höheren Altersstufen zeigen eine ziemlich beträchtliche Steigerung im Jahrgang 1891 gegenüber den früheren, was von der grösseren Anhäufung der Kranken in den Anstalten herrühren soll. Diese wieder komme von der geringeren Sterblichkeit her, die 1896 nur 6,7 % der Insassen betragen habe. In England belief sie sich auf 9,34 %.

Von den 14 598 Kranken in den Districtsanstalten bezahlten 401 ganz oder theilweise ihre Verpflegung, der Rest wurde durch Staatszuschuss und von den Grafschaftssteuern unterhalten. Die 691 Kranken in Privatanstalten wurden theilweise aus Fonds unterstützt. Die Verpflegung der in Arbeitshäusern Untergebrachten wurde aus der Armensteuer bestritten.

Districtsanstalten.

Die durchschnittliche Zahl der verpflegten Kranken betrug im vorliegenden Jahrgang 14 340 (7864 M. und 6476 Fr.).

Es wurden aufgenommen 3285 (1796 M. und 1489 Fr.), wovon 2551 (1380 M. und 1171 Fr.) zum ersten Male; 734 (416 M. und 318 Fr.) hatten vordem schon anderweitig in Pflege gestanden. Die Durchschnittszahl der Aufnahmen von 1891—97 betrug 3208 gegenüber 2792 in der Zeit von 1881—90.

Von den Aufgenommenen waren 950 (467 M. und 483 Fr.) verheirathet, 2067 (1233 M. und 834 Fr.) ledig, 204 (58 M. und 146 Fr.) verwittwet. Darunter waren folgende Krankheitsformen vertreten: Entwicklungshemmung mit und ohne Epilepsie bei 145 (89 M. und 56 Fr.), erworbene Epilepsie bei 96 (63 M. und 33 Fr.), progr. Paralyse bei 39 (35 M. und 4 Fr.), Manie (acute, chronische, recurrirende, alkoholische, puerperale, senile) bei 1830 (1004 M. und 826 Fr.), Melancholie (acute, chron., rec., puerp., sen.) bei 976 (487 M. und 489 Fr.), Dementia (primäre, secundäre, senile, organische bei groben Gehirnkrankheiten) bei 181 (109 M. und 72 Fr.), unbestimmt bei 18 (9 M. und 9 Fr.).

Tabelle III enthält die Dauer der Krankheit vor der Aufnahme bei den neu Aufgenommenen, den Geheilten, Gebesserten und Gestorbenen.

Es wurden entlassen 1634 (922 M. und 712 Fr.), davon 1192 (681 M. und 511 Fr.) geheilt, 334 (168 M. und 166 Fr.) gebessert, 108 (73 M. und 35 Fr.) ungeheilt und nicht geisteskrank; 3 Männer entliefen. Die Heilung betrifft 36,3 % der Aufnahmen, was etwas niedriger sein soll als im vorigen Jahre. Ein Theil der Entlassenen wurde den Arbeitshäusern überwiesen.*)

Es starben 1091 (606 M. und 485 Fr.), wovon 1081 (599 M. und 482 Fr.) eines gewöhnlichen Todes, 7 (4 M. und 3 Fr.) durch Unfall, 3 Männer durch Selbstmord. Die Gesammtsterbefälle übertrafen die des letzten Jahres um 165 und machten 7,6 % der Durchschnittszahl der Insassen aus. Im letzten Jahre waren es 6,7 %.

*) Die Abnahme der Bevölkerung rührt von der Auswanderung nach England und Nordamerika her.

Es ist übrigens bemerkenswerth, dass nur 17 % der Bevölkerung in den Städten wohnen; der grösste Theil treibt Landwirthschaft. Nur Dublin und Belfast haben über 100 000 Einwohner und nur 16 Städte über 10 000 Einwohner.

Industriebezirke wie Ulster, Antrim und Dublin mit dichterer Bevölkerung, d. h. 78, 139 und 456 Einwohner auf das Quadratkilometer, weisen ein Verhältniss der Geisteskranken zu den Gesunden auf wie 1 : 264, 1 : 310 und 1 : 284. In anderen Bezirken dagegen mit durchschnittlich 56 Einwohnern auf das Quadratkilometer stellt sich das Verhältniss ungünstiger, so in Meath wie 1 : 126, in Carlow und Kilkenny wie 1 : 149, in Westweath wie 1 : 157, in Waterford wie 1 : 160, in Clare wie 1 : 168 und in Kings wie 1 : 173. Dies Ergebniss mag indessen nicht unbedingte Gültigkeit beanspruchen.

*) In Irland besteht keine Verfügung, wonach ein Geisteskranker von einer Anstalt in eine andre transportirt werden darf, ausser der Transportirung aus der Anstalt für verbrecherische Geisteskranke in Dundrum nach einer Districtsanstalt, und dann nur auf Anordnung des Gouverneurs.

In 255 Fällen, in 35 mehr als im letzten Jahre, wurde die Section gemacht. Es wird über die ungünstigen Verhältnisse geklagt, durch die die pathologische Forschung gehemmt wurde, nicht einmal passende Leichenhäuser hätten alle Districtsanstalten. Vielfach wurden auch keine Sectionen gemacht, weil keine Assistenzärzte da waren.*)

Von den Todesursachen ist die wichtigste die Tuberculose (consumption), sie beträgt 31,4 %. Ziemlich gross ist auch die Zahl der an progr. Paralyse Gestorbenen, wie die folgende Zusammenstellung zeigt. Es starben an Apoplexie 45 (27 M. und 18 Fr.), an Epilepsie und Krämpfen 51 (35 M. und 16 Fr.), an progr. Paralyse 42 (36 M. und 6 Fr.), an Erschöpfung nach Manie und Melancholie 75 (38 M. und 37 Fr.), an organischen Erkrankungen (welchen?) 40 (32 M. und 8 Fr.), an Tumor 1 M., an Tuberculose 343 (158 M. und 185 Fr.), an Lungenkrankheiten 130 (83 M. und 47 Fr.), an Herz- und Gefässerkrankungen 82 (41 M. und 41 Fr.), an Erkrankungen der Baucheingeweide 68 (45 M. und 23 Fr.), an Fieber und Erysipel 35 (25 M. und 10 Fr.), an Krebs 14 (5 M. und 9 Fr.), an Knochenaffectionen 13 (8 M. und 5 Fr.), an Altersschwäche 125 (59 M. und 66 Fr.), an Influenza 3 (2 M. und 1 Fr.), an Beri-Beri 11 (3 M. u. 8 Fr.), an Septikämie 1 M., an Lymphdrüsenaffectionen 2 Fr. Die Zahl der Todesfälle an Tuberculose vom Jahre 1890 mit 255 Fällen ist beständig gestiegen bis 1897 mit 343 Fällen, ebenso findet sich mit geringen Schwankungen bei der progr. Paralyse eine Steigerung der Todesfälle von 26 bis 42, bei der Epilepsie schwankt die Sterblichkeitsziffer beträchtlich. Die meisten Todesfälle kommen vor in den Jahren 1893, 94 und 97.

Ein Kranker, der wegen seines störenden Wesens in einem Einzelzimmer schlief und nie Selbstmordneigung gezeigt hatte, wurde eines Morgens an der Bettstelle erhängt aufgefunden. Er hatte sich einen Strick aus dem Inhalt (fibre) seines Bettes gemacht. Die Untersuchungscommission empfahl die Ersetzung der Fasern durch Flocken.

Ein Kranker, der an periodischen Erregungszuständen litt, in der Zwischenzeit aber frei umhergehen durfte, war eines Morgens beim Bettmachen unbemerkt entwischt, was ihm durch die gerade vorgenommenen baulichen Veränderungen ermöglicht worden war. Er musste einen hölzernen Verschlag, der provisorisch in der durchbrochenen Aussenmauer angebracht worden war, erklettert haben. Draussen liess er sich vom Zuge überfahren.

Ein Kranker klagte beim Abendessen über Schmerzen und ging auf den Abort. Der Pfleger, der nach 7 Minuten nach ihm sah, fand ihn erhängt. Er hatte sich aus Bändern und Halstuch einen Strick gemacht und ihn über den freistehenden Balken über der Thüre geworfen. Auf die Gefährlichkeit dieser freiliegenden Balken war schon früher vom Arzt hingewiesen worden.

Eine Kranke, die am 5. Jan. eingeliefert worden war, starb schon am 21. Jan. Kurz vor ihrem Tode, der in Folge allgemeiner Erschöpfung eintrat, entdeckte man bei ihr, dass mehrere Rippen gebrochen waren. Die Section wies einen Bruch des Sternums und von 6 Rippen rechts und 5 links nach. Die Untersuchungscommission wollte die Anstalt dafür verantwortlich machen; denn der beamtete Arzt, der die Kranke am 3. Tage nach der Aufnahme untersucht hatte, wollte keine Brüche gefunden haben und der den Fragebogen ausstellende Arzt hatte gesehen, wie die Kranke zu Hause einen schweren Topf Kartoffeln herumtrug, was, wenn die Kranke damals schon die Verletzungen gehabt hätte, nicht möglich gewesen wäre. Dem wurde gegenübergestellt, dass die Kranke zu Hause wegen ihres gewaltthätigen Wesens öfters in ein Zimmer gesperrt worden war und sich vielfach selbst beschädigt hatte. Zum Schlusse wird das Bedauern ausgesprochen über die mangelhafte ärztliche Untersuchung der Kranken bei der Aufnahme.

Eine Kranke hatte sich beim Baden die ganze Rückseite des Körpers verbrüht. Sie befand sich mit 5—7 andern Kranken unter der Aufsicht von 2 Pflegerinnen, von denen die eine erst einen Monat, die andere erst zwei Monate im Dienst war, im Badezimmer, als sie plötzlich in eine mit zu heissem Wasser gefüllte Badewanne sprang, ausglitt und hinfiel. Durch das Geschrei gerieth die Pflegerin anfangs so sehr in Verwirrung, dass sie den Heisswasserhahn noch weiter aufdrehte. Einige Tage drauf starb die Kranke, wie man annimmt an dem Shock und der fettigen Degeneration des Herzens.

In einer Arbeitsanstalt, die contractlich zur Aufnahme von 112 Geisteskranken der Districtsanstalt in Belfast verpflichtet ist, wurde ein 70 Jahre alter Kranker von einem andern, den er etwas geschimpft hatte, vor den Bauch gestossen, ohne dass der dabeistehende Pfleger es hatte verhüten können. Der Mann starb nach 2 Tagen, wahrscheinlich an der Wirkung des Shocks. Der Thäter kam nach Dundrum.

Eine Kranke schlug bei einem Ohnmachtsanfall mit dem Kopf gegen eine Mauer. Bis zum 6. Tage, an dem sie starb, war sie mehr oder weniger bewusstlos. Die Sektion ergab einen Bruch des rechten Temporalbeins mit Blutung.

Ein an Epilepsie mit sec. Blödsinn leidender alter Mann musste wegen Erregung isolirt werden. Die Nachtwache schaute alle Viertelstunden nach ihm, und am Morgen wurde er der Hut eines besondern Pflegers anvertraut! Der Kranke bekam wiederholt Anfälle und hatte häufig Erbrechen. Am folgenden Tage starb er. Die Section ergab einen Bruch des Sternums und von 4 linken und 3 rechten Rippen. Da die Lungen und Pleuren intact waren, konnte die Gewalt nur eine sehr geringe gewesen sein. Ausser-

*) Im Bericht von 1895 (s. Allg. Zeitschr. für Psych. Lit. Heft zu Bd. 54) war Klage geführt worden über das mangelhafte Verständniss der Behörden und des Publikums für die path.-anat. Forschung, d. h. die Sectionen.



dem fand man alte abgeheilte Rippenbrüche. Der Brustkorb war fassförmig.

Ein in der Oekonomie beschäftigter ruhiger und harmloser Kranker wurde in dem an einer Anstalt vorbeifliessenden Canal ertrunken aufgefunden. Ein kleines Mädchen wollte gesehen haben, wie er sich hineingestürzt hätte. Jetzt wurde eine Grenzmauer errichtet.

Ein Kranker fiel oder stürzte sich beim Wasserpumpen in die Cisterne und ertrank, obgleich man ihm rasch eine Leiter hineingereicht hatte.

Eine demente, harmlose und stumme Kranke A. G. schlief mit 16 andern dementen und einem vor kurzem aufgenommenen hysterischen Mädchen zusammen in einem Schlafsaal. Die Hysterische war sehr aufgeregt, wurde aber nicht isolirt. Als die Nachtwache nach 2 Stunden wieder kam, sah sie, dass 2 Betten umgestürzt waren. Die A. G. lag mit auf den Rücken gebundenen Händen auf dem Boden, ihre Beine waren an der Bettstelle befestigt, mit einem Betttuch war ihr die Kehle zugeschnürt. Die Hysterische sass erregt im Bette. Aus ihrem Nachtkleide waren die Streifen ausgerissen, mit denen die A. G. gefesselt war.

Eine an Verfolgungswahn leidende Kranke gebar am 20. Sept. 97 ein Kind. Wegen ihrer Verwirrtheit konnte man von ihr keine nähere Aufklärung erhalten. Sie hatte seiner Zeit mit drei andern Kranken in einem Saale geschlafen, in dessen Nähe Arbeiter, die mit Schlüsseln versehen waren, oft bis 11 Uhr Abends beschäftigt waren. Ebenso hatten um diese Zeit männliche Kranke ohne genügende Aufsicht auf der Frauenabtheilung zu arbeiten, und schliesslich besassen auch die Pfleger Schlüssel zu dieser Abtheilung.

Mit Ausnahme der vier Anstalten zu Armagh, Kilkenny, Londonderry und Waterford wurden alle übrigen mehr oder weniger reichlich von Infectionskrankheiten heimgesucht. Es kamen folgende Fälle vor, die sich wahllos auf die verschiedenen Anstalten vertheilen: 10 Fälle von einfachem Fieber, 37 F. (2 gestorben) von Dysenterie, 55 F. (10) von Erysipelas, 25 F. von Scharlach, 32 F. (8) von Typhus, 3 F. von Masern, 5 F. (1) von Diarrhoe, 55 F. (5) von Influenza und 3 F. von Diphtherie. Dazu kommen ausserdem eine im Frühjahr in der Anstalt zu Mullingar epidemisch aufgetretene Pneumonie mit 45 F. (22), ferner eine Typhusepidemie zu Omagh (mit Influenzafällen untermischt) mit 123 F. (25) und schliesslich ein neuer Ausbruch von Neuritis peripherica oder Beri-Beri zu Richmond mit 246 F., worunter 193 Fr. erkrankten. Aerzte und Pflegepersonal kamen im Allgemeinen, von den Influenzafällen abgesehen, glimpflich weg. Ein Chefarzt war an Pneumonie erkrankt, 4 Pflegerinnen wurden vom Typhus, 2 vom Scharlach, je eine von Masern und Erysipel befallen, ein Pfleger starb am Typhus.

Als Krankheitsursachen wurden die schlechten Einrichtungen für Wasserversorgung und die mit den verschiedenen baulichen Umänderungen nothwendig verknüpfte Zusammendrängung der Kranken beschuldigt.

Viele Anstalten sind vergrössert worden und drei neue werden gebaut.

Die Unterhaltungskosten der Durchschnittszahl von 14340 Kranken für 1897 betrugen 339077 £ Davon wurden 183815 £ durch Grafschaftssteuern, 137511 £ durch Staatszuschuss und 7198 £ von den Kranken selbst aufgebracht. Auf den Kopf kommen im Jahre 22 £, 12 sh., 6 d., oder in der Woche 8 sh., 8 d. Die Durchschnittszahl im Jahr war 1 sh., 10 d. höher gegen früher.

Das zu den Anstalten gehörende Land war von 992 acres auf 2836 Ende 1897 angewachsen, ohne dass die Steuerzahler stärker belastet worden wären.

Criminalanstalt zu Dundrum.

Von den Insassen waren bei der Anklage vor Gericht 137 (119 M. und 18 Fr.) als geisteskrank befunden worden; bei 33 (31 M. und 2 Fr.) war die Krankheit erst während ihrer Strafverbüssung ausgebrochen. 21 (19 M. und 2 Fr.) waren im Laufe des Jahres eingeliefert worden. Unter den Verbrechen fanden sich Mord bei 95 (81 M. und 14 Fr.), thätlicher Angriff bei 31 (27 M. und 4 Fr.), Raub bei 3 M., Brandstiftung bei 8 M., Diebstahl bei 14 M., Einbruch bei 10 M., Selbstmordversuch bei 2 M., sonstige Vergehen bei 7 (5 M. und 2 Fr.). Die Krankheitsformen bestanden in Manie bei 97 (91 M. und 6 Fr.), Melancholie bei 18 (10 M. und 8 Fr.), Dementia bei 15 M., Monomanie bei 2 M., progr. Paralyse bei 2 M., Idiotie bei 13 (11 M. und 2 Fr.) und Epilepsie bei 7 M.; nicht nachweisbar geisteskrank waren 16 (12 M. und 4 Fr.).

Im Laufe des Jahres wurden 4 M. geheilt, 2 M. ungeheilt, 4 M. und 2 Fr. gebessert entlassen. Davon wurde ein Mann ins Gefängniss zurückgebracht, 6 M. und 2 Fr. kamen in die Districtsanstalten, 3 M. kamen in Freiheit. 4 M. starben, wovon einer durch Selbstmord. Er hing sich im Isolirhof an einem Fenstergitter auf. Bisher war er nur für die andern gefährlich gewesen; im Districtsasyl hatte er einen andern getödtet und in Dundrum einen Mordversuch gemacht. Verheirathet waren 48 (42 M. und 6 Fr.), ledig 58 (44 M. und 14 Fr.), verwittwet 17 M., unbestimmt 47 M. Dem Beruf nach gehörten 73 der Landwirthschaft an, die übrigen den verschiedenen Handwerken.

Im Laufe des Sommers erkrankten 2 Männer an Typhus.

Beschränkungen kamen ausser den Isolirungen nicht zur Anwendung.

In Gefängnissen waren oder wurden im Laufe des Jahres geisteskrank 89 (64 M. und 25 Fr.), davon kamen 62 (42 M. und 20 Fr.) in Districtsanstalten, 21 (19 M. und 2 Fr.) nach Dundrum, sonstwie entlassen wurden 3 (2 M. und 1 Fr.), im Gefängniss blieben zuletzt noch 3 (1 M. und 2 Fr.).



Arbeitshäuser.

Die Zahl der geisteskranken Insassen hatte im Laufe des Jahres einen Zuwachs von 38 (21 M. und 17 Fr.) erfahren. Die Schwankungen in der Zahl der Bewohner in den letzten 10 Jahren sind nur gering. Die Krankheitsformen sind in der Statistik fehr summarisch angeführt, nach dem Schema: Geisteskranke und Imbecille mit und ohne Epilepsie. Eine Statistik über die Todesfälle, Entlassungen und dergleichen fehlt. Als wünschenswerth wird die Ueberführung von bildungsfähigen Idioten in eine Erziehungsanstalt oder die Verbindung einer solchen mit den Arbeitshäusern bezeichnet. Bisher giebt es in Irland nur eine private Erziehungsanstalt. Ebenso wird die specielle Ausbildung der Pfleger in der Irrenpflege befürwortet.

Privatanstalten.

Von den 17 Anstalten sind 4 Wohlthätigkeitsanstalten, die ohne Rücksicht auf geschäftlichen Gewinn betrieben werden. Die abgerechnet, ist die Zahl der Privatanstalten von 20 im Jahre 1890 auf 13 im Jahre 1897 gesunken, während ihre Kranken (incl. die der 4 W.-A.) um 69 gestiegen sind (von 622 auf 691).

Im Laufe des Jahres wurden 207 Kranke aufgenommen und von diesen 148 (73 M. und 75 Fr.) zum ersten Mal. 85 (38 M. und 47 Fr.) wurden geheilt, 36 (22 M. und 14 Fr.) gebessert und 25 (13 M. und 12 Fr.) ungeheilt entlassen. Es starben 46 (22 M. und 24 Fr.).

Der Krankheitsform nach gehörten zu den Entwicklungshemmungen mit und ohne Epilepsie 96 Fälle (54 M. und 42 Fr.), zur erworbenen Epilepsie 11 (8 M. und 3 Fr.), zur progr. Paralyse 14 (13 M. und 1 Fr.), zur acuten, chronischen, recurrirenden, alkoholischen, puerperalen, senilen) Manie 266 (100 M. und 166 Fr.), zur (acuten, chron., stuporösen u. s. w.) Melancholie 90 (29 M. und 61 Fr.), zur Monomanie 39 (16 M. und 23 Fr.), zum Verfolgungswahn 53 (28 M. und 25 Fr.), zur (primären, secund., senilen, organischen inf. Tumoren u. dergl.) Dementia 122 (77 M. und 45 Fr.). Verheirathet waren 67 (34 M. und 33 Fr.), ledig 548 (271 M. und 277 Fr.) und verwittwet 76 (20 M. und 56 Fr.).

Die Anwendung von Beschränkungsmitteln ist für alle Anstalten anfangs des Jahres 1897 gesetzlich geregelt worden. Es sind erlaubt: Die eigentliche Zwangsjacke, die modificirte mit vorn zusammenstossenden Aermeln, Fausthandschuhe, die gedeckte Badewanne, nasse oder trockene Packungen und die Isolirung. Dauer und Begründung der Beschränkung müssen gebucht und vierteljährlich den Inspectoren zugeschickt werden. Der Arzt ist verantwortlich dafür. Die Indicationen zur Beschränkung sind wie bei uns. Nach den Berichten ist man in den meisten Fällen mit der Isolirung ausgekommen.

An ärztlichem Personal scheint man gründlich zu sparen. Districtsanstalten mit 500—600 Kranken haben nur 2 Aerzte, solche mit über 800 nur 3, die Anstalt zu Richmond mit 1800—2000 Kranken nur 7. Die Anstalt zu Waterford mit 500 Kranken und noch eine andere haben sich den Luxus mit der Anstellung eines Assistenzarztes noch nicht erlaubt. Der Gehalt ist auch nicht besonders glänzend, 50—60 £ und freie Station. Die Bestimmungen, dass mehr als ein Arzt angestellt werden soll, scheinen erst aus dem Jahre 1897 zu stammen.

Von dem Pflegepersonal kommt im Allgemeinen ein Pfleger resp. eine Pflegerin auf 12 männliche resp. 14 weibliche Kranke und mehr.

Die mangelhafte ärztliche Aufsicht und die geringe Zahl der Pfleger bei Anhäufung der Kranken mögen Schuld sein an den ziemlich zahlreichen Unfällen, von denen freilich manche wieder sozusagen zufällig sind. Folgende Unfälle kamen vor: In der Districtsanstalt zu Belfast (1100 Kranke) erhielt ein Kranker einen Unterkieferbruch durch den Schlag eines andern, eine Kranke eine Kopfwunde von einer andern, ein Kranker brach durch Fall eine Rippe. In Carlow (400—500 Kranke) kamen vor: ein Schenkelhalsbruch durch Fall und ein Beinbruch beim epileptischen Anfall. In Castlebar (500 bis 600 Kranke): eine Wangenwunde beim Steinsprengen und eine Schulterverrenkung bei einem widerstrebenden dementen Kranken beim Baden. In Clonmel (700—800 Kranke): eine Luxation des Handgelenks (woher?). In Cork (1600—1800 Kranke): 8 Unfälle, theils Rippenbrüche, theils Wunden (woher?). In Downpatrick (600—700 Kranke): eine Schulterverrenkung beim Streit. In Ennis (400—500 Kr.): ein Schenkelhalsbruch durch Fall und eine Verletzung der Urethra durch Stoss von einem andern Kranken. In Enniswortby (400—500 Kranke): Bruch eines Armes und Verletzung der Hüfte durch Fall. In Letterkenny (500—600 Kranke): bei den Männern: 1. mehrere schwere Kopfwunden durch Schlag mit Gefässen aus Steingut, 2. Bruch des Kopfes des linken Radius durch Hingeworfenwerden, 3. Schlag mit einem Stein an den Kopf, 4. Contusion der Schulter im Streit, 5. Contusion der Hüfte im Streit, 6. Bruch der linken Clavic. im Streit, 7. Verstauchung des Fussgelenks im Streit; bei den Frauen: 8. Handwunde durch Fenstereinschlagen, 9. Kopfwunde beim epileptischen Anfall, 10. Knochenbruch durch Schlag, 11. Daumenquetschung in der Maschine, 12. Rippenbruch durch Schlag. In Londonderry (500 bis 600 Kranke): 1. Schulterverrenkung durch Hingeworfenwerden, 2. Fractur des linken Olecranons durch Fall, 3. und 4. Schenkelhalsbruch durch Fall. In Monaghan (700—800 Kranke): 1. Beinbruch durch Ueberfahrenwerden, 2. Luxation eines Fingergliedes. In Richmond (mit 2000 Kranken): zahlreiche ernste Unfälle, darunter 11 Knochenbrüche und eine Verletzung des Augapfels, meist im Streit. Sligo (500—600 Kranke): Contusion der Hüfte durch Niedergeworfenwerden. R. Ganter.

— **Aus Württemberg.** Als Sonderabdruck aus dem Medicinalbericht von Württemberg für das



Jahr 1896 ist soeben der Bericht über die im Königreich Württemberg bestehenden Staats- und Privatanstalten für Irre, Schwachsinnige und Epileptische auf das Jahr 1896 erschienen. An Stelle des seitherigen Bearbeiters, Ob.-Med.-R. Dr. v. Pfeilsticker ist die Medicinalbehörde selbst diesmal als Herausgeber genannt. Möge es ihr künftig gelingen diese Berichte so zeitig zur allgemeinen Kenntniss zu bringen, dass sie mehr aktuelles als historisches Interesse beanspruchen können!

In den vier württembergischen Staatsirrenanstalten mit zusammen 1610 Plätzen waren am Beginn des Berichtsjahres 1580 Kranke untergebracht; aufgenommen wurden 440, der Abgang belief sich auf 438, so dass bei 2020 Verpflegten der Krankenstand sich um 2 vermehrt hat. An demselben betheiligten sich von den beiden Geschlechtern die Männer nur um ein Geringes mehr als die Frauen; die präsumptiv heilbaren Fälle beliefen sich wie bisher auf 13,6 %, die an „einfacher Seelenstörung" leidenden auf 90,7 %, Paralytiker auf nur 2,2 %, des Bestands am Jahresschluss. Darunter waren 26 Nicht-Württenberger; der höchste Gesammtkrankenstand war 1614. Gegenüber dem Vorjahre sind Bestand und die Anzahl der Verpflegten zurückgegangen in Folge von einer stärkeren Evacuation der nicht mehr unbedingt Anstaltsbedürftigen. Die Aufnahmen dagegen haben sich um 64 vermehrt; seit 1891 haben sie sich nahezu verdoppelt, doch bleiben sie hinter dem Maximum von 1893 noch erheblich zurück; auf das Sinken der letzten Jahre macht sich nun aber wieder eine Steigerung geltend. Im Berichtsjahre entfallen von den aufgenommenen 247 Männern und 193 Frauen auf erste Aufnahmen 61 %, der seitherige Durchschnitt betrug 58 %, auf wiederholte Aufnahmen mit vorheriger Genesung 44 %, der seitherige Durchschnitt betrug 9 %, auf wiederholte Aufnahmen ohne vorherige Genesung 16 %, der seitherige Durchschnitt betrug 7 %, auf Versetzungen aus anderen Anstalten 12 %, der seitherige Durchschnitt betrug 26 %. In dem Anwachsen der ohne vorherige Genesung Wiederaufgenommenen spiegelt sich der zweifelhafte Werth der Evacuationen wieder. Günstiger als seither gestaltet sich das Verhältniss der frühzeitigen Aufnahmen, indem 43,2 % im ersten Vierteljahre nach dem Krankheitsbeginn den Anstalten zugingen. Noch mehr als sonst machte sich ein Ueberwiegen des dritten Lebensdecenniums bei den Aufgenommenen geltend, 30,7 % gegen seither 29,2 %. Direkte Erblichkeit war bei 26 %, blosse Familienanlage bei 24 % der erstmals, beziehungsweise nach erlangter Genesung wieder Erkrankten nachzuweisen. Die Heredität von väterlicher Seite verhielt sich zu der mütterlichen wie 5:3,3. Auf je 100000 Einwohner evang. Confession kamen 12,2, Katholiken 11,4, Isrealiten 33,6, Andersgläubige 13,2 Aufnahmen. Bei einer geringen Abnahme der forensischen Fälle überhaupt zeigte sich einige Zunahme der vor der Erkrankung mit dem Strafgesetz in Conflict Gerathenen.

Von den 427 Abgegangenen (232 Männer und 195 Frauen) waren genesen 18,2 % gegenüber einem seitherigen Durchschnitt von 25,3 %, gebessert 30,6 % gegenüber einem seitherigen Durchschnitt von 20,9 %, ungeheilt in die Familie 17 % gegenüber einem seitherigen Durchschnitt von 10,1 %, ungeheilt in andere Anstalten 12,8 % gegenüber einem seitherigen Durchnitt von 20,5 %, gestorben 21,5 % gegenüber einem seitherigen Durchschnitt von 23,2 %.

Auch in diesen Zahlen tritt das Bestreben nach einer Evacuation der Anstalten klar zu Tage. — Ausnahmsweise zeigten im Berichtsjahre die Männer günstigere Genesungsverhältnisse; evident war der günstige Einfluss frühzeitiger Aufnahmen auf die Chancen einer Wiederherstellung; wie immer waren letztere besser bei den erblich Belasteten als bei den Nichtbelasteten.

Bei einer Gesammtsterblichkeit von 4,5 % der Verpflegten fällt die grösste Anzahl der Todesfälle auf die secundär Gestörten, erst an zweiter Stelle kommt die Paralyse, der 42 % der an ihr Leidenden erlegen sind. Unter den Todesursachen steht an Häufigkeit obenan der Marasmus; ihm folgt die Tuberkulose mit 20,6 % der Todesfälle. Infektionskrankheiten und Selbstmord kamen nicht vor, dagegen ein tödtlicher Unglücksfall (Ertrinken im Freibade).

Die Zahl der Privatirrenanstalten ist auf 7, die ihrer Plätze auf 1221 zurückgegangen. Auch in ihnen hat die Krankenzahl während des Berichtsjahres abgenommen von 1029 auf 1006, die ihrer Staatspfleglinge von 619 auf 603; aus Privatpflege sind in Staatspflege übergegangen 27. Unter den 222 (107 Männer, 115 Frauen) Neuaufnahmen waren 19 Staatspfleglinge. Die Sterblichkeit der Privatanstalten berechnet sich auf 5,6 % der Verpflegten und zeigt seit 1891 mit einigen Schwankungen Tendenz zur Abnahme. Nach Krankheitsformen entfallen von den Verpflegten 84 % auf einfache Seelenstörung, 3,5 % auf die Paralyse, 6,3 % auf Epileptiker. Erbliche Belastung war bei 39,7 % nachweisbar gewesen. — Der Gesammtaufwand für in den Privatanstalten untergebrachte Staatspfleglinge, der von 1891—94 zurückgegangen war, zeigt seither wieder ein nicht unbeträchtliches Steigen.

Einschliesslich der bei den vorstehenden Zahlen unberücksichtigt gebliebenen psychiatrischen Klinik zu Tübingen waren in Württemberg am 1. Januar 1897 2702 Geisteskranke in Anstaltsverpflegung. Der Zuwachs im Berichtsjahre ist 4, im Vorjahre war — erstmals seit 1864 — eine Abnahme um 40 zu constatiren gewesen. Der mittlere jährliche Zuwachs seit 1864 berechnet sich auf 68 Köpfe. Nach Abzug der 110 Nichtwürttemberger kommt bei einer Gesammtbevölkerung des Königreichs von 2081151 auf 802 Einwohner ein in Anstaltpflege befindlicher Geisteskranker.

Die unter Staatsaufsicht stehenden Anstalten für Epileptische und Schwachsinnige in Stetten und Pfingstwaide haben einen Krankenstand von

425 resp. 43. Zur Aufnahme vorgemerkt sind in Stetten 106 Kranke. Geheilt wurden 4, sehr gebessert 1, gebessert 12, gestorben sind 11. Pfingstwaide hatte 5 Aufnahmen und 2 Todesfälle.

Nach dem ökonomischen Berichte betrug der gesammte Aufwand in den vier Staatsirrenanstalten 1006471 Mk. 77 Pfg., wovon 329186 Mk. 71 Pfg. durch Zuschüsse aus der Staatskasse gedeckt werden mussten, sodass im Durchschnitte für alle 4 Anstalten der Staatszuschuss für einen Pflegling sich auf 218 Mk. 18 Pfg. berechnet.

Von den über die einzelnen Staatsanstalten gegebenen weiteren Nachrichten sei nur erwähnt, dass das Bestreben nach einer freieren Verpflegung zahlreichere Entweichungen mit sich gebracht hat, die allerdings meist ohne nachtheilige Folgen blieben; nicht wenige der Entwichenen sind freiwillig wieder zurückgekehrt. Ausbrüche gefährlicher Kranken sind dagegen seltener geworden. Aufbesserungen in den Wärtergehalten haben den Wechsel des Wartepersonals merklich herabgesetzt. Allenthalben sind die Wachabtheilungen und die Bettbehandlung mehr ausgedehnt worden, aber auch der Gewinnung vermehrter und mannigfaltiger Arbeitsgelegenheit wurde besondere Aufmerksamkeit zugewandt. — Von baulichen Veränderungen sind besonders die Einrichtung eines neuen Küchengebäudes in Winnenthal und die Einrichtung elektrischer Beleuchtung in Zwiefalten zu erwähnen. In letzterer Anstalt insbesondere ist die familiäre Verpflegung mit gutem Erfolge eingeführt worden; auch in Weissenau hat man damit angefangen, zunächst aber noch wie in Schussenried mehr Gewicht auf die Verpflegung in den bei diesen Anstalten bestehenden Colonien gelegt.

Mag für die statistischen Mittheilungen des Berichts die Zusammenstellung der Zahlen aus den Anstalten zu einem Ueberblicke über die Krankenbewegung des ganzen Landes durchaus zweckmässig sein, so dürften die zuletzt gegebenen Nachrichten aus den einzelnen Anstalten doch wohl besser im geschlossenen Texte der ursprünglichen Berichte wiedergegeben werden, wie dies auch in anderen Sammelberichten z. B. des Königreichs Sachsen geschieht. Wohl sind es durchaus sachliche Gesichtspunkte, nach denen die Centralbehörde ihre Zusammenstellungen aus den nach gemeinsamem Plane bearbeiteten Berichten gemacht hat. Aber diese sind eben doch aus ihrem Zusammenhange herausgerissen und es geben die nebeneinander gestellten Bruchstücke verschiedener Bearbeiter jedenfalls ein weit ungleichmässigeres Bild der in ihren Zielen immerhin einheitlichen psychiatrischen Bestrebungen, als wenn in einem abgerundeten Ganzen unmittelbar zu Tage träte, wie jede Anstalt jeweils diese zu fördern trachtet. Sicherlich würde auch das Interesse an den Jahresberichten bei den Anstaltsvorständen ein lebendigeres sein, wenn sie dieselben nicht nur als Material für die Centralbehörde zu liefern, sondern damit unmittelbarer der Oeffentlichkeit Rechenschaft ablegen würden über ihre Thätigkeit, für die sie doch auch nicht nur den Aufsichtsorganen gegenüber die Verantwortung zu tragen haben. Auch das Vertrauen des Publikums zu den Anstalten wird sicher weit mehr dadurch gefördert, wenn ihm aus solchen Berichten in lebendigen Schilderungen gezeigt wird, wie die einzelnen Anstalten ihre Aufgaben zu erfüllen bemüht sind, als wenn es mehr oder weniger den Eindruck gewinnen muss, dass ihm eben mitgetheilt wird, was die Oberbehörde für gut befindet.

Die Thätigkeit der letzteren soll damit nichts weniger als unterschätzt werden. Gewinnt doch gerade der vorliegende Bericht ein besonderes Interesse dadurch, dass in seinem ersten Theile gerade ihre Reform-Bestrebungen auf die seit 1895 im ganzen Deutschen Reiche rege gewordene Agitation gegen die Irrenanstalten hin eingehend geschildert werden. Gefördert durch die noch im Vorjahre erfolgte Anstellung eines psychyatrisch ausgebildeten Mitgliedes im Medicinal-Collegium hat eine eingehende Prüfung aller Einrichtungen des württembergischen Irrenwesens stattgefunden. Als ein in erster Linie zu beseitigender Uebelstand hat sich eine Ueberfüllung der Irrenanstalten ergeben, die zu einer Reduction der seither aufgestellten Maximalbelegungsziffern im Ganzen um 189 Plätze, in den beiden hauptsächlich von dieser Maassregel betroffenen Anstalten Weissenau und Zwiefalten zusammen um 13,4% ihrer seitherigen Belegziffer geführt hat. Um dies durchführen zu können, ist zugleich die Entlassung aller auch ungebesserten Kranken angeordnet worden, deren Verpflegung ausserhalb der Irrenanstalt irgend zulässig erschien. Sodann sind die ärztlichen Kräfte an den Anstalten vermehrt worden unter Einführung eines etatsmässigen Dienstaltervorrückungssystems (Assistenzärzte 1400 Mk. Anfangsgehalt, in zweijährigen Fristen Aufsteigen um je 200 Mk. bis zu 2000 Mk.; Oberärzte 3000 Mk. neben Familienwohnung, in dreijährigen Fristen Aufsteigen um je 400 Mk. bis zu 4200 Mk.). Es wurden die Wärtergehalte erhöht und Unterrichtscurse eingeführt. Unbedingte Verbannung aller Zwangsmaassregeln wurde zum Princip erhoben, Beschränkung der Isolirungen, Ausdehnung der Mehrabtheilungen und möglichste Förderung freier Verpflegungsformen empfohlen. Für letztere bereiten freilich die baulichen Verhältnisse der meist aus früheren Klöstern adoptirten Anstalten theilweise Schwierigkeiten. Auch Kostverbesserungen wurden bewilligt, wogegen allerdings die Verpflegungsgelder erhöht werden mussten. Grössere bauliche Veränderungen zur Gewinnung von Ueberwachungsabtheilungen sind zunächst für Winnenthal in Aussicht genommen.

Zur Erörterung wichtiger Fragen des Irrenwesens sind Conferenzen der Anstaltsdirectoren mit der Aufsichtsbehörde eingeführt worden. — Visitationen der Staatsanstalten finden jährlich zweimal statt durch die Landespsychiater, einmal in Gemeinschaft mit dem (administrativen) Vorstand des Medicinal-Collegiums.



In den Privatanstalten hat neben einer solchen Visitation jährlich zweimal eine solche durch den Oberamtsarzt stattzufinden. Besondere Bestimmungen sind noch getroffen worden hinsichtlich der Behandlung von Beschwerden der Kranken, hinsichtlich regelmässiger Berichterstattung über die neu aufgenommenen Kranken, der Grundsätze für Entmündigung etc. In Aussicht gestellt ist die Revision der allgemeinen Vorschriften für die staatlichen wie für die privaten Irrenanstalten und — last not least — die Errichtung einer neuen Staatsirrenanstalt. Neben eingehender Begründung des unabweisbaren Bedürfnisses nach einer solchen mit ca. 500 Krankenplätzen wird noch deren geeignetste Placirung und die Wahl des colonialen Systems an Stelle der seither in Württemberg allein vorhandenen centralisirten Anlagen motivirt. Was hierfür angeführt wird, sollte wohl auch auf die für Bewilligung der erforderlichen Mittel maassgebenden Factoren überzeugend wirken!

— **Ansbach** (Bayern), 15. Mai. Nachdem der ständige Landrathsausschuss in vergangener Woche das Terrain besichtigt hatte, welches die Stadt Ansbach zur Errichtung einer zweiten Kreis-Irrenanstalt dem Kreise anbot, wurde am Samstag, den 13. d. M., auch das Terrain der Stadt Weissenburg und das von Gunzenhausen in Augenschein genommen. Am gleichen Abend fand alsdann eine Sitzung des ständigen Landrathsausschusses von Mittelfranken statt, der durch mehrere Herren verstärkt ist. Sämmtliche Herren sprachen sich dahin aus, dass von allen dem Kreise angebotenen Plätzen das Terrain der Stadt Ansbach als das geeignetste befunden worden sei. Infolgedessen ist unter Zustimmung der kgl. Kreisregierung der einstimmige Beschluss gefasst worden, dem im Herbste zusammentretenden Landrath die Errichtung der zweiten Kreis-Irrenanstalt bei Ansbach vorzuschlagen. Ausschlaggebend soll die günstige Lage der Staatsstrasse, die Nähe des Waldes, die leichte Beschaffung guten und reichlichen Wassers, sowie die günstige Bahnverbindung nach allen Richtungen hin gewesen sein. — Die Anlage der Anstalt ist ähnlich wie in Gabersee bei München gedacht und soll sich ausser einer Reihe von einstöckigen Gebäuden aus Scheunen und Wirthschaftsgebäuden zusammensetzen. (A. Az.)

— **Oberbayern.** In der Sitzung vom 11. Nov. 1898 wurde durch den Landrath von Oberbayern beschlossen, eine neue Kreis-Irrenanstalt zu erbauen und mit deren Errichtung die bisherige Anstalt in München aufzulassen. Die neue Anstalt ist für 1000 Kranke geplant und soll sich im Bereiche des Eisenbahnvorortverkehrs der Stadt München befinden.

Nachdem dieser Beschluss die Allerhöchste Genehmigung erhalten „in Voraussetzung und mit dem Vorbehalt, dass die staatlichen Interessen und insbesondere die Interessen des psychiatrischen Unterrichts entsprechend gewahrt werden“, erlies die kgl. Regierung von Oberbayern unterm 5. Mai ein Ausschreiben zwecks Ankaufs eines Grundcomplexes von 1000 Tagewerk oder 340 ha in der Umgebung von München.

Der ständige oberbayerische Landrathsausschuss reiste Dienstag den 16. Mai nach Gabersee, um die dortige Kreisirrenanstalt zu besichtigen. Darauf hielt dieser Ausschuss abends in Rosenheim unter Vorsitz Dr. Jochners, der sich bisher schon um das oberbayerische Irrenwesen hervorragende Verdienste erworben, eine Sitzung ab, in welcher die Grundzüge eines Programms für den Bau der neuen Kreisirrenanstalt berathen wurden. Von Rosenheim fuhren die Herren zur Besichtigung der Irrenanstalt Lising nach Salzburg. Im Laufe des Sommers sollen noch andere als mustergültig erscheinende Irrenanstalten besichtigt werden, um so Erfahrungen für den Neubau zu sammeln.

— Zu wenig Beachtung hat bisher in Irrenanstalten, Nervenheilanstalten und besonders in Trinkerasylen das sogenannte **Grätzer Bier** gefunden, obgleich es für diese Institute zum Ersatz des stark alcoholhaltigen Lagerbieres sich vorzüglich eignet. Jedenfalls dürften seine Eigenschaften den Versuch der Einführung rechtfertigen. Der räuchrige Geschmack desselben rührt nicht von dem beim Brauen zur Verwendung kommenden Wasser her, wie vielfach geglaubt wird, dasselbe ist vielmehr (durch Tiefbrunnen erbohrt) völlig bacterienfrei, weich, krystallklar und von reinstem Geschmack, sondern er ist durch die mittelst Eichenholz und -Rinde bewirkte Dörrung des (Weizen-)Malzes bedingt; er erscheint Vielen nicht nur nicht unangenehm, sondern sogar pikant. Dass Grätz in der Heimath des Hopfens liegt, spricht für die Güte des Hopfens des dort gebrauten Bieres. Vor Allem aber macht der sehr geringe Alcoholgehalt — ca. 1% —, demzufolge dieses obergährige Bier niemals berauscht, dasselbe zum Anstaltsbier ausserordentlich geeignet, während andererseits auch das goldige klare Aussehen und das sectartige Perlen der den Magen anregenden, reichlich vorhandenen Kohlensäure ihm auch nach dieser Richtung hin den Vorrang vor dem Lagerbier und vor dem, übrigens ebenfalls nicht alcoholfreien, Doppel- (oder Einfach-) Bier verleiht. Sicherlich ist es appetitlicher als das letztere. Das Grätzer Bier verträgt auch das Versüssen durch Zucker, was für Viele, denen der Hopfengeschmack nicht zusagt, sehr erwünscht ist.

Personalnachricht.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

Aus Holland. Zum Professor der Psychiatrie an der Universität zu Leiden ist ernannt Dr. G. Jelgersma, Director des Sanatoriums für Nervenkranke in Arnheim.

Leider muss er sein Fach ohne die Stütze einer psychiatrischen Klinik dociren.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 10. 10. Juni **1899.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal ℳ 4,—.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog No. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Ueber eine noch nicht beschriebene Form des Zwangsvorstellens, „Erinnerungszwang",

nebst Bemerkungen über die Krankheitseinsicht bei Zwangsvorstellungen.

Von *L. Löwenfeld*-München.

Es ist bekannt, dass in einer nicht unerheblichen Zahl von Fällen von Zwangsvorstellungserkrankung Erinnerungen von Zwangscharakter eine mehr minder bedeutende Rolle spielen. Dieselben betreffen zumeist Handlungen oder Unterlassungen der Leidenden, die den Gegenstand von Selbstvorwürfen oder allerlei Bedenken bilden, und können ebensowohl flüchtig im Wechsel mit anderen Zwangvorstellungen auftreten, als mit grösster Hartnäckigkeit durch Tage, Wochen und Monate sich erhalten. Man spricht in diesen Fällen von Zwangs-Vorwürfen, -Scrupeln, -Bedenken, da das Hauptgewicht auf den Zwangscharakter des Vorwurfes, Scrupels u. s. w. gelegt wird, nicht auf die Erinnerung, welche Gegenstand der Vorwürfe u. s. w. ist. Auch bei manchen Phobien sind Zwangserinnerungen betheiligt. Die bei bestimmten Gelegenheiten (z. B. an gewissen Orten) sich einstellende Zwangserinnerung an irgend ein peinliches Erlebniss (körperliches Unwohlsein, Unfall, Angstzustand u. s. w.) führt zur Zwangsbefürchtung der Wiederkehr des betreffenden peinlichen Erlebnisses mit entsprechendem Angstzustande. In dem Falle, über welchen ich im Folgenden berichten werde, handelt es sich um Zwangserinnerungen ganz anderer Art als die vorstehend erwähnten, und das Zwangsdenken tritt hier überhaupt ausschliesslich in der Form eines zwangsmässigen Sicherinnerns auf. Da unter meinen eigenen bisherigen Beobachtungen auf dem Gebiete der Zwangszustände sich die in Frage stehende Art von Zwangsvorstellungen sonst nicht vertreten findet, auch in der Literatur nichts hierüber berichtet ist, erscheint mir die Mittheilung des Falles genügend gerechtfertigt.

Der Patient ist ein Cand. med. in den letzten Semestern, der auch der psychologischen Bildung nicht ermangelt und daher zur Selbstbeobachtung in besonderem Maasse befähigt ist; derselbe hat mir auf meine Aufforderung hin eine selbstverfasste, ausführliche Krankengeschichte übergeben, aus welcher, wie wir sehen werden, hervorgeht, dass er seinen Zustand im Wesentlichen in ganz richtiger Weise beurtheilt.



Herr X., 25 Jahre alt, ist erblich in gewissem Maasse belastet. Sein Vater, welcher im Alter von 64 Jahren an „complicirter Influenza" starb, war Hypochonder, seine noch lebende Mutter ist nervös und brustleidend, eine Schwester desselben ebenfalls nervös, war früher mit Platzangst behaftet (weitere Geschwister hat er nicht); seine Grossmutter mütterlicherseits litt auch an Nervosität. Von Erkrankungen in den Kinderjahren erwähnt Patient Ekzem im ersten Lebensjahre, Masern mit 8 Jahren, Schwindelanfälle, die im Alter von 7—12 Jahren öfters auftraten und von dem behandelnden Arzte auf „verdorbenen Magen" zurückgeführt wurden. Diese Anfälle stellten sich gewöhnlich morgens beim Aufstehen ein und verloren sich alsbald, wenn Patient die horizontale Lage einnahm; derselbe hatte dabei das Gefühl, als ob sich Alles um ihn drehe, auch Brechreiz, mitunter kam es auch zum Erbrechen; das Bewusstsein war nie aufgehoben oder erheblich getrübt. Die Anfälle verloren sich völlig, als Patient im Alter von 12 Jahren vom Elternhause weg und in eine fremde Stadt an das Gymnasium kam. Ferner litt Patient als Kind an Gehörshallucinationen, die nicht als lästig oder beängstigend, sondern nur als curios empfunden wurden; er hörte öfters hallucinatorisch Stimmen, mitunter auch Gespräche, wusste dabei jedoch, dass das Vernommene nicht auf reellen Eindrücken beruhte.

Auch war er von Jugend auf von ängstlicher Natur (fürchtete sich z. B. sehr, wenn er allein schlafen musste) und mit manchen Zwangserscheinungen behaftet. So musste er längere Zeit mit dem rechten Bein zuerst die Treppe hinaufgehen, auf der Strasse die Trottoirsteine zählen und einen bestimmten überschreiten u. s. w. In den Osterferien 1888 — Patient war damals in Untertertia und 13 Jahre alt — erwachte er eines Nachts ohne eruirbare Ursache mit einer ungeheuren Beängstigung; die Angst hielt auch nach dem Aufstehen an; von diesem Tage an stellten sich die Zwangserinnerungen bei ihm ein, auf welche wir später des Näheren zu sprechen kommen werden. Bezüglich seiner damaligen psychischen Verfassung bemerkt der Patient in seinem Berichte: „Unfähig damals mir die psychische Abnormität irgend wie zu deuten, dachte ich, ich würde „verrückt" und litt unter diesem Gedanken unsäglich, um so mehr als ich mich Niemandem anzuvertrauen wagte. Wenn ich allein war, weinte ich damals viel, besonders bei Nacht im Bett, zumal da ich $^1/_2$ Jahr damals sehr schlecht schlief und beim Einschlafen mir immer die Frage vorlegen musste: Wirst du schlafen können? In der Schule blieb ich trotz des gestörten psychischen Lebens nicht zurück. Ich betrachtete eben wohl die Schule als beste Ableitung für meine grässlichen Zwangszustände. Mit der Zeit besserte sich der Zustand mehr und mehr. Und nach circa 2—3 Jahren war ich von diesen peinlichen Anwandlungen völlig befreit."

Mit $19^3/_4$ Jahren bezog Patient die Universität zunächst mit der Absicht, Jus zu studieren; gleichzeitig trat er als Einjähriger bei der Infanterie ein. Er ertrug die körperlichen Anstrengungen des Dienstes in psychischer Beziehung schlecht, weshalb er viele Hänseleien seitens seiner Vorgesetzten und Kameraden zu erdulden hatte. Dies bildete für ihn mit einen Grund, zur Medicin umzusatteln, um nach $^1/_2$ Jahre vom Dienste mit der Waffe befreit zu werden. Das Tentamen physicum bestand er nach 4 Semestern sehr gut; die Vorbereitung für dieses Examen wurde jedoch durch Mangel an Concentration und eine gewisse Gedächtnissschwäche erschwert; dieser Umstand hat Herrn X. auch in den letzten Semestern bei seinen Studien sich sehr hinderlich erwiesen, so dass er noch nicht daran denken konnte, sich dem Approbationsexamen zu unterziehen.

Etwa ein Semester nach der Ablegung des Tentamen physicum — i. e. vor etwa 2 Jahren — nach schweren, durch eine Erkrankung in der Familie verursachten gemüthlichen Erregungen stellten sich die Zwangserinnerungen wieder ein, dieses Mal jedoch nicht so plötzlich in voller Stärke wie das erste Mal, sondern zunächst schwächer und flüchtiger; erst allmählich erlangten dieselben die In- und Extensität wie bei der ersten Attaque, und sie haben sich seitdem auch nicht völlig verloren. Der Wiederkehr der Zwangserinnerungen gingen einige Zeit unmotivirte (inhaltslose) Angstzustände vorher.

Patient leidet, abgesehen von dem Zwangsvorstellen, noch an verschiedenen anderen neurasthenischen Erscheinungen, welche hauptsächlich das psychische Gebiet betreffen: Kopfdruck nach längerer geistiger Beschäftigung, Gedächtnissschwäche, Energielosigkeit und Scheu vor intensiver geistiger oder körperlicher Thätigkeit, Angstanwandlungen beim Alleinsein, gewissen „Hemmungszuständen" (er kann z. B. in Gesellschaft oft bei oberflächlicher Conversation plötzlich bei bestem Willen nicht mehr mitthun und erst nach einiger Zeit sich wieder an der Unterhaltung betheiligen), Müdigkeitsgefühlen ohne vorhergehende entsprechende Anstrengung, Asthenopie bei längerem Lesen, Hyperidrosis. Hinsichtlich der vita sexualis ist zu bemerken, dass Patient mit 17 Jahren von einem Mitschüler zur Masturbation verleitet wurde, derselben sich jedoch nicht in excessivem Maasse ergab, und später geschlechtlichen Verkehr, jedoch nur selten, pflog; sowohl Masturbation als Cohabitation beeinflussen das Befinden in ungünstiger Weise, Pollutionen beobachtete der Patient nie. Keine Excesse in Alcoholicis oder im Rauchen; keine Infection.

Ueber die Zwangserinnerungen, die uns hier in erster Linie interessiren, äussert sich Patient in seinem schriftlichen Berichte folgendermaassen: „In den Bewusstseinsinhalt schiebt sich, nur manchmal angeregt durch Gesichts- oder Geruchsassociationen, die lebendige, doch weder visionäre, noch hallucinatorische Erinnerung an eine längere Zeit zurückliegende Situation mit all ihren Details ein. Die Erinnerung unterscheidet sich von den normalen Erinnerungen durch ihre dominirende Stellung. Mit Gewalt ist sie nicht zu unterdrücken. Bei entsprechender psychischer Ablenkung verschwindet sie langsam oder verblasst, um an demselben Tage noch öfter wiederzukehren. Die Erinnerung erweckt stets ein peinliches beängstigendes Gefühl. Dieses Gefühl erscheint vielleicht bei Reflexion insofern begründet, als die Gegenwart durch die alte Erinnerung, durch die Vergangenheit völlig entwerthet erscheint. Man verliert allen Halt und wird zum Spielball autonomer, vom Willen unabhängiger, sinnloser Ideenassociation.

Alle Zwangsvorstellungen sonstiger Art, mag ihr Inhalt so peinlich sein, wie er will, oder gar, wenn sie gleichgültigen Inhalts sind (Melodieen), können deswegen nie an Peinlichkeit mit den beschriebenen Zwangserinnerungen verglichen werden. Nur bei letzteren ist die Persönlichkeit aus allem Zusammenhang herausgerissen, wenn ich so sagen darf. Beim Vergleich mit dem normalen Geistesleben erscheint dieser Zustand am verwandtesten den oft nach einem traumreichen Schlaf in



die Wirklichkeit mit herübergenommenen lästigen, weil sinnlosen Bruchstücken eines lebhaften Traumes, unterscheidet sich aber insofern, als diese Traumresiduen meist rasch verblassen, während die Zwangserinnerungen fortbestehen."

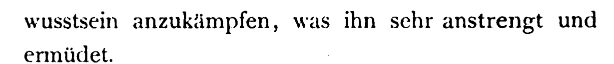
Hierzu ist nun auf Grund des Krankenexamens noch Folgendes beizufügen: Die Bilder, welche in Form von Zwangserinnerungen bei dem Patienten auftauchen, haben trotz ihrer Deutlichkeit und Lebhaftigkeit nie auch nur annähernd die sinnliche Stärke der Wahrnehmung, besitzen also nie, wie Patient selbst schon andeutet, hallucinatorischen Charakter. Inhaltlich führen die Zwangserinnerungen fast ausschliesslich Scenen oder Erlebnisse aus einer weit — 10 Jahre und länger — zurückliegenden Zeit vor, und Patient hat den Eindruck, dass er zur Zeit des betreffenden Erlebnisses sich bereits in einer deprimirten Stimmung befunden habe. Dabei handelt es sich gewöhnlich nicht um von lebhaften Gefühlen begleitete, peinliche oder freudige, auch nicht um besonders interessante oder auffällige, sondern nur um gleichgültige, alltägliche Vorkommnisse. Erinnerungen aus neuerer Zeit nehmen nie den Zwangscharakter an. Bemerkenswerth ist ferner, dass die Zwangserinnerungen fast ausschliesslich aus Gesichtsbildern bestehen; neben diesen stellen sich nur Geruchserinnerungen mitunter ein; acustische Erinnerungen und die gewöhnlichen Zwangsvorstellungen begrifflicher Natur sind dagegen in dem Zwangsdenken des Patienten nicht vertreten. Was die Dauer der Belästigung durch diese Zwangserinnerungen anbelangt, so hielt dieselbe früher mitunter einen halben Tag und länger, selbst den ganzen Tag, zumeist jedoch nur einige Stunden an. Dabei kam es vor, dass eine einzelne Zwangserinnerung den Patienten den halben und selbst den ganzen Tag verfolgte. So wurde z. B. voriges Jahr durch Blumengeruch bei demselben die Erinnerung an ein Zimmer geweckt, in welchem er eine Leiche umgeben von Kränzen und Blumensträussen liegend gesehen hatte und ein ähnlicher Blumengeruch herrschte, und diese Erinnerung verliess ihn den ganzen Tag nicht. Das in Frage stehende Erlebniss fiel in sein 15. Lebensjahr. Der Anblick des Zimmers mit der aufgebahrten Leiche hatte seiner Zeit durchaus keinen besonderen Eindruck auf ihn gemacht. So hartnäckig persistiren einzelne Zwangserinnerungen jedoch nur selten; gewöhnlich findet in den einzelnen Perioden der Zwangsbelästigung ein rascherer oder langsamerer Wechsel der Bilder statt, die einzelne Erinnerung erhält sich von einer Stunde bis zu einigen Minuten und noch kürzere Zeit. In neuerer Zeit ist der Zustand wechselnd und eine gewisse Besserung nicht zu verkennen. Ganz frei von Zwangserinnerungen ist Patient zwar keinen Tag, doch treten dieselben im Allgemeinen in kürzeren Attaquen auf als früher und zwar hauptsächlich dann, wenn sich Patient besonders abgespannt fühlt, daher häufiger Abends als Morgens. Die einzelnen Zwangserinnerungen sind gewöhnlich von flüchtiger Natur, währen nur einige Minuten oder noch kürzer, ja sie huschen mitunter nur vorüber, ab und zu zeigen jedoch einzelne Erinnerungen grössere Hartnäckigkeit. So konnte er vor Kurzem während einer ganzen Collegstunde die Erinnerung an einen gewissen Sauerkrautgeruch nicht losbringen, der vor etwa 13 oder 14 Jahren, als bei seinen Eltern Sauerkraut gekocht wurde, das Haus erfüllte. Bei den länger beharrenden Zwangserinnerungen zeichnet sich die Reproduction sozusagen durch photographische Treue, i. e. genaue Wiedergabe der Details der seinerzeitigen Wahrnehmungen aus. Der Patient sieht sich z. B. mitten im Frühling in eine Winterlandschaft versetzt, die er in seinen Kinderjahren gesehen hat, wobei alle die Einzelheiten jener Landschaft vor sein geistiges Auge treten; oder er sieht sich in der Kinderstube, mit bestimmten Laubsägearbeiten beschäftigt, u. s. w.

Der Patient ist im Allgemeinen auch im Stande, die einzelnen sich etwas länger erhaltenden Zwangserinnerungen in Bezug auf Zeit und Ort genau zu localisiren; mit dem Bilde stellt sich auch die Erinnerung ein, wann und wo er das betreffende Erlebniss hatte. Die Reproduction erstreckt sich hierbei sogar auf gewisse Nebenumstände; er erinnert sich z. B. der Witterungsverhältnisse des in Frage stehenden Tages, der Personen, welche lediglich zufällig bei dem betreffenden Vorfalle anwesend waren. Die Details der einzelnen länger verweilenden Erinnerungen sind auch gewöhnlich von Anfang an schon vorhanden, sie entwickeln sich nicht erst allmählich mit der Andauer des Bildes. Patient ist von der Correctheit seiner detaillirten Zwangserinnerungen völlig überzeugt. Bei den flüchtigen Erinnerungen ist die Reproduction dagegen weniger genau, und Patient hat bei denselben auch nicht das volle Bewusstsein der Correctheit.

Bei rascherem Wechsel der Zwangserinnerungen werden dieselben in der Regel durch wechselnde äussere Eindrücke hervorgerufen. Als auslösende Reize sind von äusseren Momenten nach der Ansicht

12*





des Patienten im Allgemeinen nur Gesichts- und Geruchseindrücke wirksam, während Gehörs-, Geschmacks- und Tasteindrücke keinen derartigen Einfluss äussern. Bei gleicher Umgebung kann die wechselnde Beleuchtung, auch die wechselnde Gemüthslage als Reproductionsreiz wirksam werden. Die länger verweilenden Erinnerungen treten zum Theil ohne erkennbaren Anstoss auf; doch sind die anscheinend spontan sich einstellenden Reminiscenzen viel seltener als die durch äusseren Anstoss geweckten.*)

Vor dem Wiederauftreten des Zwangsvorstellungsleidens und zwar vor dem ersten Anfalle desselben bestand bei dem Patienten schon eine Neigung, sich bei allen möglichen Anlässen an frühere Erlebnisse zu erinnern, wobei das Princip der Aehnlichkeit sowohl als das des Contrastes sich geltend machte. Die betreffenden Reminiscenzen hatten jedoch keinen Zwangscharakter; sie liessen sich immer leicht bannen. Gegenwärtig macht sich diese Neigung nicht mehr in der Breite des Physiologischen, sondern nur mehr in Zwangsform bemerklich. Zeitweilig geben die äusseren Eindrücke fortwährend zum Auftreten von Zwangserinnerungen Anlass, deren Weckung ebenfalls den Associationsgesetzen der Aehnlichkeit und des Contrastes folgt. Die durch Contrastassociation hervorgerufenen Zwangserinnerungen sind dem Patienten am peinlichsten, weil bei denselben der Gegensatz zur Wirklichkeit als besonders störendes Moment empfunden wird.

Was Patient als „Entwerthung der Gegenwart" bezeichnet, beruht darauf, dass durch die Zwangserinnerungen seine Aufmerksamkeit mehr minder occupirt und dadurch der Gegenwart mit ihren Eindrücken und ihren verschiedenen Anforderungen entzogen wird. Der Zustand, in welchen Patient zeitweilig durch das fortwährende Sicheinschieben von Erinnerungen in den Verlauf seines Vorstellens versetzt wird, ist eine Art Dämmerzustand; er lebt mehr in der Vergangenheit als in der Gegenwart. Durch den Anblick einer bestimmten Gegend wird z. B. sofort die Erinnerung an eine früher gesehene Gegend erweckt und dadurch die Aufmerksamkeit von der ihn umgebenden Wirklichkeit abgelenkt, ein neuer Anblick ruft eine neue Erinnerung wach u. s. w. Patient bemüht sich gewöhnlich, gegen dieses fortgesetzte Eindringen von Reminiscenzen in sein Bewusstsein anzukämpfen, was ihn sehr anstrengt und ermüdet.

Was die Beziehungen der Zwangserinnerungen zur Gemüthssphäre anbelangt, so verknüpfen sich dieselben nicht mit ausgesprochenen Angstgefühlen, aber mit Gefühlen peinlicher Verstimmung; wenn die Belästigung durch die Zwangserinnerungen länger anhält, ist die Depression sehr erheblich. Dieselbe wird lediglich durch die Wiederkehr des Zwangsvorstellens und die hierdurch bedingte Störung des normalen Gedankenlaufes verursacht, nicht durch irgend welche Erwägungen anderer Art. Der Patient wird aber mitunter auch anscheinend spontan von Verstimmungszuständen heimgesucht, welche secundär das Auftauchen von Zwangserinnerungen nach sich ziehen.

Die Untersuchung ergab, dass der Patient mit mehrfachen Degenerationszeichen behaftet ist, auf welche ich jedoch mit Rücksicht auf den Stand des Patienten nicht weiter eingehe; ausserdem Steigerung der Sehnenreflexe. Seitens der Organe der Brust- und Bauchhöhle nichts Bemerkenswertes.

Wie wir aus dem Angeführten ersehen, ist in dem Zwangsdenken des Patienten lediglich eine Species von Zwangsvorstellungen vertreten, die von den bisher bekannt gewordenen sich in mehrfacher Hinsicht unterscheidet: Es handelt sich ausschliesslich um Zwangserinnerungen von ganz besonderer Art, die zu keinerlei weiteren Associationen Anstoss geben.

Die in Frage stehenden Erinnerungen zeichnen sich dadurch aus, dass sie einer weit zurückliegenden Vergangenheit angehörige Begebenheiten betreffen, Begebenheiten, welche an sich in keinerlei Weise geeignet waren, sich dem Gedächtniss besonders einzuprägen — einfache, alltägliche Situationen und Vorkommnisse —, dass unter denselben die optischen Bilder weit prädominiren und diese die seinerzeitigen Eindrücke zum Theil mit grösster Genauigkeit wiedergeben. Das Zwangsvorstellungsleiden des Patienten beschränkt sich jedoch nicht auf das Auftreten vereinzelter Zwangserinnerungen, die mehr oder minder lang persistiren. Zeitweilig macht sich bei dem Patienten eine Tendenz des Vorstellens geltend, von der Gegenwart und der Wirklichkeit fortwährend in die Vergangenheit abzuschweifen, in dem die wechselnden Wahrnehmungen fortlaufend zur Reproduction immer neuer Zwangserinnerungen führen. Es liegt also bei dem Patienten ein Zustand vor, der den als Zweifel-, Frage- und Grübelsucht bekannten

*) In diesem Punkte weicht die mündliche Angabe des Patienten von der in seinem schriftlichen Berichte enthaltenen ab.



Varietäten des Zwangsdenkens entspricht und daher als „Erinnerungssucht“ oder „Erinnerungszwang“ bezeichnet werden kann. Dass dieser Zustand bisher nicht schon öfters beobachtet wurde, wird einigermaassen verständlich werden, wenn wir die Aetiologie unseres Falles in Betracht ziehen.

Der Patient erwähnt, dass der ersten Phase des Leidens eine schwere nächtliche Beängstigung vorherging, an welche sich ein länger dauernder Angstzustand anschloss. Es handelte sich offenbar um einen Anfall von Pavor nocturnus, über dessen Verursachung nichts Weiteres zu eruiren ist; ebenso wenig liess sich ermitteln, dass vor dem Anfalle irgend welche Momente bei dem Patienten einwirkten, welche geeignet waren, eine Schwächung seines Nervensystems herbeizuführen. Dagegen wissen wir, dass derselbe in gewissem Maasse erblich belastet ist und sich von Jugend auf durch ein auffallendes Gedächtniss für gleichgültige Dinge auszeichnete, während sein Gedächtniss in anderer Hinsicht, speciell für Unterrichtsgegenstände, nicht hervorragend war. Daneben kommt noch ein Umstand in Betracht. Das auffallende Erinnerungsvermögen des Patienten für gleichgültige Dinge war und ist wesentlich visueller Natur. Bei dem Patienten ist das Gedächtniss für eine gewisse Gattung optischer Wahrnehmungen in besonderem Maasse entwickelt, nämlich für die äussere Form und die zufällige Gruppirung von Gegenständen; er behält das Aeussere (Physiognomie und Kleidung) von Personen, die Gestaltung und Einrichtung von Wohnräumen, die Beschaffenheit und Gruppirung von Mobilien, die Details von Landschaften u. s. w. sehr genau in Erinnerung, das topographische Gedächtniss ist dagegen bei ihm nicht sehr bedeutend. Die besondere Entwicklung einer gewissen Seite des visuellen Gedächtnisses bei dem Patienten darf nicht als ganz exceptionell betrachtet werden. Ballet*) bemerkt in seiner Arbeit über die innerliche Sprache bei Erörterung des innerlichen Sehens: „Während gewisse Personen von den Gegenständen nur eine unbestimmte Erinnerung und ein Bild mit verschwommenen Umrissen bewahren, vermögen andere ihre Gesichtsbilder mit einer grossen Leichtigkeit neu zu beleben; diese Bilder sind bei ihnen von solcher Klarheit, dass der Gegenstand in der Vorstellung fast dieselbe Schärfe hat, wie in der Wirklichkeit.“

*) G. Ballet, die innerliche Sprache und die verschiedenen Formen der Aphasie; übersetzt von Bongers 1890, S. 49.

Ausserdem spielten die Erinnerungen unter den Associationen des Patienten, wie wir sahen, schon immer eine besonders bedeutende Rolle. Die erwähnten geistigen Eigenthümlichkeiten des Patienten mögen eine gewisse Erklärung dafür geben, dass bei demselben die Zwangsvorstellungen lediglich in der Form von Erinnerungen und zwar ganz speciell visueller Erinnerungen auftreten.

Es ist bekannt, dass der Inhalt der Zwangsvorstellungen durch die herrschende Gedankenrichtung des Patienten sehr beeinflusst wird. Personen, welche von Haus aus von ängstlicher und scrupulöser Natur sind, werden häufig von Zwangszweifeln und Zwangsscrupeln befallen; übertriebene Liebe zur Reinlichkeit und Prüderie führen oft zur Mysophobie, Personen von sehr religiösem Gemüth werden per Contrast von sacrilegischen Zwangsvorstellungen verfolgt u. s. w. Es ist daher begreiflich, dass bei dem Patienten gerade diejenigen Vorstellungen Zwangscharakter annahmen, deren Reproduction durch die Eigenthümlichkeiten seines Gedächtnisses und seiner associativen Neigungen besonders erleichtert wird.

Was den Mechanismus der Zwangsvorstellungsbildung in unserem Falle anbelangt, so halte ich es wenigstens für sehr wahrscheinlich, dass der Angstzustand, welcher von dem Anfall von Pavor nocturnus seinen Ausgang nahm, zunächst zur Bildung der Zwangsvorstellungen führte. Ich will nicht des Näheren auf die complicirte Theorie Freud's vom Wesen und Mechanismus seiner „Zwangsneurose“ eingehen, sondern hier nur den Satz des Autors anführen, dass eine Vorstellung zwangsartig wird durch die Verknüpfung mit einem disponiblen Affecte.*) Ich selbst habe in zahlreichen Fällen constatiren können, dass speciell die in Angstzuständen auftretenden Vorstellungen eine Neigung haben, Zwangscharakter anzunehmen; die Vorstellungen reissen anscheinend etwas von dem bestehenden Affecte an sich, was ihnen bleibt und den übrigen Vorstellungen gegenüber besondere — obsedirende — Eigenschaften verleiht. Das Auftreten der Zwangsvorstellungen, welche sich der Patient nicht zu deuten wusste, verursachte bei demselben fortgesetzt neue Beängstigungen (Furcht vor geistiger Erkrankung) und

*) Freud „Ueber die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomencomplex als „Angstneurose“ abzutrennen, Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 2. Vergl. auch des Autors Aufsätze: „Die Abwehrneuropsychosen“ l. c. 1894 Nr. 10 und 11: „Weitere Bemerkungen über die Abwehrneuropsychosen“ l. c. 1896, Nr. 10.

gemüthliche Depression, und unter dem Einflusse dieses Zustandes erlangte eine Reihe von Wahrnehmungen eine Fixation im Gedächtniss, durch welche deren Reproduction mit Zwangscharakter ermöglicht wurde. Eine Bestätigung für diese Annahme liefert der oben erwähnte Umstand, dass Patient den Eindruck hat, er habe sich zur Zeit der Erlebnisse, die den Inhalt seiner Zwangserinnerungen bilden, in einer deprimirten Stimmung befunden.

Was nun die Aetiologie der zweiten noch gegenwärtig andauernden Phase des Zwangsvorstellungsleidens anbelangt, so gingen derselben bei dem Patienten ausser den geistigen Anstrengungen, welche die Ablegung des Tentamen physicum erheischte, depressive gemütliche Erregungen vorher, und beide Umstände waren wohl geeignet, bei dem Patienten einen cerebrasthenischen Zustand hervorzurufen, welcher neben anderen psychischen Symptomen auch das Wiederauftreten der Zwangserinnerungen zur Folge hatte. Dem Wiederauftauchen letzterer gingen einige Zeit Angstzustände vorher, welche jedoch sich ohne Einfluss in Bezug auf die Bildung von Zwangserinnerungen erwiesen. Die Vorgänge der letzten Jahre sind unter den Zwangserinnerungen des Patienten, wie wir sahen, nicht vertreten; letztere betreffen nur Vorkommnisse, die viel länger zurück liegen.

Es erübrigt mir noch, das verschiedene Verhalten des Patienten seinen Zwangsvorstellungen gegenüber in den beiden Erkrankungsperioden zu beleuchten, wobei ich ein Kriterium der Zwangszustände und speciell der Zwangsvorstellungen wieder berühren muss, über dessen Bedeutung ich bereits wiederholt meine auf umfänglicher Erfahrung basirende Ansicht ausgesprochen habe. In meiner Arbeit „Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie" bemerkte ich S. 111: „Von Westphal wurde als Charakteristikum der Zwangsvorstellungen bezeichnet, dass der Befallene dieselben stets als abnorm, ihm fremdartig, aufgedrungen anerkennt und ihnen mit seinem gesunden Bewusstsein gegenübersteht. Diese Beurtheilung der Zwangsvorstellungen wird jedoch bei ungebildeten Personen, wenn die Vorstellungen auf den Gesundheitszustand sich beziehen, oft vermisst. Dies zeigt sich namentlich bei der so häufigen Zwangsvorstellung des Irrsinnigwerdens." Ich fügte zum Beweise für das Angeführte an, dass ein sehr intelligenter, neurasthenischer Student meiner Beobachtung, welcher an dieser Zwangsvorstellung litt, das Abnorme, seinem geistigen Wesen Fremdartige (i. e. den Zwang) der Vorstellung sehr wohl erkannte; eine 22jährige, ziemlich beschränkte Comptoiristin dagegen, welche mit der gleichen Zwangsvorstellung seit $1\frac{1}{2}$ Jahren behaftet war, dieser Erkenntniss gänzlich ermangelte und die Vorstellung in ihrem Zustande völlig begründet erachtete. Der Student war trotz seiner Zwangsvorstellung weit davon entfernt, sich von geistiger Erkrankung bedroht zu halten, die Comptoiristin dagegen überzeugt, dass ihr das Irrsinnigwerden bevorstehe. Ich habe dann auch in einem im vorigen Jahre im Aerztlichen Vereine zu München gehaltenen Vortrage*): „Ueber die psychischen Zwangszustände" bemerkt: „Man hat ferner als Charakteristikum der Zwangszustände das Darüberstehen des Kranken, i. e. die Erkenntniss des Zwangszustandes seitens des Kranken betrachtet. Dieses Merkmal findet sich, wie ich schon anderen Orts erwähnt habe, durchaus nicht in allen Fällen und kann deshalb auf allgemeine Geltung keinen Anspruch erheben." In einer Besprechung des in Rede stehenden Vortrages äusserte sich nun Gaupp**) dahin, dass ich den Begriff der Zwangszustände zu weit fasse und dies zum Theil daher komme, dass ich die Krankheitseinsicht des Patienten nicht als zum Begriff des Zwangszustandes gehörend betrachte. Gaupp glaubt, dass man den Boden unter den Füssen verliere und in Gefahr gerathe, eine Trübung der Begriffe anzurichten, wenn man die Krankheitseinsicht nicht mehr als nothwendigen Bestandtheil aller Zwangszustände gelten lasse, wie dies von meiner Seite in der That geschieht. Hierzu muss ich vor Allem erklären, dass wir uns bei unseren Definitionen und Eintheilungen von Krankheitserscheinungen an den Boden der Erfahrung halten müssen und es ganz nutzlos und unwissenschaftlich ist, da, wo dieser Boden zu Ende geht, eine imaginäre Verlängerung desselben zu schaffen. Welchen Sinn kann es haben, an der Erkenntniss des Zwangszustandes, oder allgemein gesagt, der Krankheitseinsicht als Kriterium der Zwangszustände festzuhalten, wenn die Erfahrung lehrt, dass bei genau den gleichen Zwangsvorstellungen die Patienten zum Theil Krankheitseinsicht haben, zum Theil dieser Einsicht ermangeln, und nicht nur dies, wenn sogar ein und derselbe Kranke sich hinsichtlich der Beurtheilung seiner Zwangsvorstellungen zu verschiedenen Zeiten verschieden verhält, zeitweilig deren

*) Münchener medicinische Wochenschrift Nr. 23, 1898.

**) Centralblatt für Nervenheilkunde u. Psychiatrie, Januar 1899, S. 52.



Zwangscharakter wohl erkennt, zeitweilig aber wieder nicht,*) ja, wie ich in einem jüngst zugegangenen Falle constatiren konnte, von zwei gleichzeitig bestehenden Zwangsvorstellungen die eine für krankhaft hält, die andere dagegen nicht.**) Ich habe früher, wie wir sahen, mich dahin ausgesprochen, dass die Krankheitseinsicht bei ungebildeten Personen, wenn die Zwangsvorstellungen sich auf den Gesundheitszustand beziehen, oft vermisst wird. Die Erfahrungen, welche ich in den letzten sechs Jahren hinsichtlich der Zwangsvorstellungen sammelte, lehren jedoch, dass bei den verschiedenartigsten Zwangsvorstellungen die Krankheitseinsicht fehlen kann und ganz besonders häufig bei den Zwangsvorwürfen und Scrupeln fehlt.

Ich könnte eine ganze Reihe von Beispielen hierfür anführen, begnüge mich jedoch, einen besonders prägnanten Fall hier mitzutheilen. Ein an Zwangsvorstellungen leidender Beamter meiner Beobachtung, bei welchem die Neigung zu Zwangsvorwürfen und Zwangsscrupeln in besonderem Maasse ausgeprägt ist, ist seit Jahren durch mich davon unterrichtet, dass die bei ihm bei den verschiedensten Anlässen auftauchenden, zum Theil ganz absurden Scrupel Zwangsvorstellungen sind, die er möglichst ignoriren soll. Dem Patienten mangelt auch im Allgemeinen, wenigstens bei retrospectiver Betrachtung seiner Scrupel, die Erkenntniss der krankhaften Natur derselben nicht, allein trotz dieser nie ausbleibenden Einsicht und fortgesetzter ärztlicher Belehrung fehlt ihm bei einzelnen neu auftretenden Scrupeln immer wieder zunächst das Bewusstsein, dass die betreffende Vorstellung lediglich etwas Krankhaftes, Aufgedrungenes ist. Er trifft z. B. in einer dienstlichen Angelegenheit eine Anordnung, wie sie die Sachlage erheischt und im concreten Fall ihm seine Dienstpflicht auch klar vorzeichnet. Trotzdem stellt sich bei ihm nachträglich der Zwangsgedanke ein, der ihn auch einige Zeit nicht mehr verlässt, dass seine Anordnung eine Härte oder Unbilligkeit gegen irgend Jemand vielleicht enthält und besser unterblieben wäre. Statt auf Grund seiner früheren Erfahrungen bei ähnlichen Scrupeln sich über diese Bedenken einfach hinwegzusetzen, grübelt der Patient über die Berechtigung der von ihm getroffenen Maassnahmen nach, forscht Collegen nach ihrer Ansicht über den Fall aus etc., kurz er betrachtet zunächst die Zwangsvorstellung als eine ganz normale, in der Sachlage begründete Erwägung. Erst die Aufklärung, die der Patient auf verschiedenen Wegen erhält, bringt ihn wieder mehr und mehr zur Erkenntniss des Zwangscharakters seines Scrupels und entsprechendem Verhalten demselben gegenüber. (Schluss folgt.)

*) Derartige Erfahrungen hat auch Thomsen (Archiv für Psychiatrie, Band XXVII, Heft 2, 1895) gemacht. Dieser Autor betrachtet das Darüberstehen des Patienten (die lucidité der französischen Autoren) als gemeinsames Merkmal der Zwangsvorstellungen, gesteht jedoch zu, dass in diesem Punkte auch Ausnahmen vorkommen: „Es ist nicht unbedingt nöthig, dass der Kranke zu allen Zeiten über ihnen (den Zwangsvorstellungen) steht, sie als krank erkennt; besonders ist das nicht der Fall bei Vorstellungen, die das religiöse, moralische und gemüthliche Gebiet betreffen, und es erscheint das ohne Weiteres verständlich — in solchen Fällen wird wohl der Zwang des Denkens als fremd empfunden, nicht aber der Inhalt. Eine Zwangsvorstellung wird damit noch nicht zu einer Wahnvorstellung, dass sie nicht unbedingt als unrichtig erkannt wird."

**) Der Fall betrifft ein 16jähriges Mädchen aus der Praxis des hiesigen Collegen Dr. E., welches seit Monaten zunehmende Verstimmung und Reizbarkeit zeigte. Die Exploration ergab, dass die Patientin an zwei Zwangsvorstellungen laborirt, des Irrsinnigwerdens und dass „man sie nicht möge". Letztere Vorstellung erklärte sie selbst als blosse Einbildung und unbegründet, dagegen erachtete sie die Zwangsidee des Irrsinnigwerdens für eine wohl begründete Befürchtung, weil sie sich zeitweilig sehr erregt fühlte.



Mittheilungen.

24. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden.

Die diesjährige Wanderversammlung wurde am 3. und 4. Juni in Baden-Baden unter starker Betheiligung (die Präsenzliste weist 90 Namen auf) abgehalten. Die sonst sehr conservativen Gepflogenheiten der Versammlung hatten dieses Mal eine Aenderung erfahren durch Einschieben einer für Demonstrationen bestimmten Vormittagssitzung und durch Einführung eines Referates, welches Herr Strümpell in der ersten Nachmittagssitzung erstattete über das Thema: „Das Verhalten der Haut- und Sehnenreflexe bei Nervenkrankheiten."

Von dem Referat, welches zwar nicht von speciell psychiatrischem Interesse ist, vom Vortragenden aber auf ein hohes, allgemein-neuropathologisches Niveau gestellt war, sollen ganz kurz die leitenden Gedanken auch hier wiedergegeben werden.

13*



Strümpell beschränkte sich mit Ausschluss jeder theoretisirenden Betrachtung, an der die Reflexlitteratur überreich ist, auf die Ergebnisse der menschlichen Pathologie.

Die Hautreflexe werden heute mit Unrecht vernachlässigt im Verhältniss zu den Sehnenreflexen.

Die Erscheinungen der örtlichen und zeitlichen Summation der Reize werden eingehend besprochen. Zur Prüfung der zeitlichen Summation verdient der Kältereiz den Vorzug vor der Nadelstichprüfung.

Als „reflectorische Oeffnungszuckung" bezeichnet Strümpell das Auftreten einer Zuckung beim Herausziehen der Nadel aus der Haut.

Auffallend ist die relative Spärlichkeit der Hautreflexe am Arm; es kommt darin die allgemeine biologische Thatsache zum Ausdruck, dass mit wachsender feineren Differenzirung der bewussten Muskelthätigkeit die reflectorische immer mehr zurücktritt.

Am Beine überwiegt die Summe der Beugereflexe die Streckreflexe; es giebt Hautreflexe von tonischem Charakter.

Für die Sehnenreflexe ist der Charakter als „Reflex" heute anerkannt; sie bilden eine eigenartige physiologische Gruppe, die mit den Hautreflexen nicht auf eine Stufe zu stellen sind und bei der ein uns Unbekanntes noch im Spiele ist.

Der Reiz der Sehne allein ist nicht das Wesentliche; örtliche Verschiedenheiten der Erregung vom Periost aus sind namentlich am Vorderarme deutlich.

Die Annahme des „Dreifasersystems" (zuleitender, ableitender Reflexschenkel und reflexhemmende Fasern) ist noch nicht beseitigt. Mit den Pyramidenseitenstrangfasern sind die hemmenden Fasern kaum identisch. Hautreflexe zeigen häufig im Quantum einen Antagonismus zu den Sehnenreflexen, sind bei spinalen Affectionen wenig constant, können z. B. bei alter Tabes vorhanden sein.

Die Regel, dass bei cerebraler Hemiplegie die Hautreflexe contralateral fehlen, ist nicht ohne Ausnahme.

Die Annahme einer Jahre lang andauernden Hemmungswirkung als Ursache des Fehlens der Hautreflexe ist nicht wahrscheinlich; möglicherweise liegt der Reflexbogen für die Hautreflexe im Gehirn.

Das Fehlen der Patellarsehnenreflexe in vielen Fällen hoher Querschnittsläsion des Rückenmarkes ist als Thatsache hinzunehmen; bei totalen hohen Querschnittstrennungen ist schlaffe Lähmung fast die Regel; ein Grund, unsere bisherigen Anschauungen vom Reflexvorgang fallen zu lassen, liegt darin nicht. Es ist möglich, wenn nicht wahrscheinlich, dass bei hoher Querschnittsläsion im Niveau des Reflexbogens, im Lendenmarke, secundär an Zellen und Fasern Veränderungen auftreten, deren Folge das Erlöschen der Sehnenreflexe ist. —

Von den übrigen Vorträgen, deren Mehrzahl rein neurologisches Interesse hat, seien folgende kurz erwähnt.

Herr Fürstner berichtet unter Demonstration der Präparate über folgenden Fall: Stark belasteter Knabe; frühzeitige, sehr häufige epileptische Anfälle; zeitweise colossale Häufung derselben; Tod im 10. Lebensjahr im Status epilepticus. — Hirngewicht auffallend hoch — 1310 Gramm; kein Hydrocephalus; an beiden Schläfenlappen die zweite und dritte Windung zu einer vereinigt; hier ein rosaweissliches, homogenes, glattes Gewebe von ungleicher Consistenz, das mikroskopisch sich nicht als Gliase, sondern als echte Hypertrophie erwies mit eigenthümlicher Irregularität der Nervenfaseranordnung. Das Ganze gilt dem Vortragenden als congenitale Erkrankung.

Herr Nisel demonstrirte an der Hand von Zeichnungen eine Anzahl der an Ganglien- und Gliazellen der Rinde zu beobachtenden Veränderungen; gesetzmässige Veränderungen der Ganglienzellen bei functionellen Psychosen, die eine pathologisch-anatomische Differentialdiagnose ermöglichten, sind noch immer nicht zu verzeichnen.

Der Vortrag von Neumann „über fieberhafte, von der Mundhöhle ausgehende Processe bei abstinirenden Geisteskranken" erscheint unter den Originalien dieser Wochenschrift.

Im Anschlusss an die Hallenser Discussion sprach Herr Aschaffenburg über die verminderte Zurechnungsfähigkeit.

Das System der mildernden Umstände ist ungenügend; der Psychiater überschreitet seine Competenz, wenn er mit oder ohne richterliches Verlangen sich auf eine Analyse des Einflusses der psychischen Anomalien auf die gegebene strafbare Handlung einlässt. Des Weiteren ist mit der auf die „mildernden Umstände" folgenden geringeren Strafe bei vielen Zuständen gar nichts genützt; wenn die Strafe im Sinne der Specialprävention als Gegenmotiv wirken soll, müsste sie bei bestimmten Individuen, die mildernde Umstände verdienen, im Gegentheil höher gegriffen werden.

Das was fehlt, ist die Möglichkeit einer anderen Strafform. Die in dieser Hinsicht in Halle zu Tage getretene resignirte Stimmung der Psychiater ist nicht begründet angesichts der Thatsache, dass modernere Gestaltung des Strafvollzuges an verschiedenen Stellen eingeführt ist resp. in Aussicht steht.

In Italien wirkt die Errichtung der „casa di custodia" in diesem Sinne, im norwegischen Entwurf bestimmt der Arzt die Zukunft der vermindert Zurechnungsfähigen.

Auch für uns ist energisch eine Aenderung des Strafvollzuges in der Weise zu erstreben, dass die vermindert Zurechnungsfähigen, je nach den bei ihnen vorliegenden Anomalien, in einer Weise untergebracht werden, die Erziehung, oder Heilung, oder sociale Ausschaltung ohne Strafcharakter ermöglicht. —

Es wurde der Beschluss gefasst, die nächstjährige Wanderversammlung wiederum in Baden-Baden abzuhalten und entsprechend ihrem Charakter als Jubiläumsversammlung (25 Jahre) in besonders festlicher Weise zu gestalten. Hoche.



Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Sizung vom 8. Mai 1899.

1. Vor der Tagesordnung stellt Herr Bernhardt einen Kranken vor, welcher sich eine Lähmung des M. radialis in der Weise zugezogen hat, dass eine Eisenstange beim Abwärtsstossen statt in die Ritze zwischen zwei Steinen einzudringen, auf den einen Stein aufprallte; die Lähmung trat fast momentan nach dem Trauma ein. Heilung nach dreiwöchentlicher elektrischer Behandlung.

2. Herr Greeff: Das Wesen der sog. Fuchsschen Sehnervenatrophie. Vortragender führt aus, dass der so bezeichnete Mangel an Nervenfasern in den peripherischen Schichten des Optikus in seiner Vertheilung der normaler Weise vorhandenen Neuroglia entspreche und ein durchaus normaler Befund sei; der Name „Atrophie" müsse daher fallen gelassen werden.

Herr Pollack verliest eine Erklärung eines Japaners, worin dieser auf die obige Anschauung Anspruch erhebt.

Herr Greeff weist dies zurück mit dem Bemerken, dass der Betreffende erst auf seine Anregung und unter seiner Leitung gearbeitet habe.

3. Herr Brasch: Reynaud'sche Krankheit und Trauma (Krankenvorstellung). Vortragender stellt einen Kranken vor, welcher ohne Potus an anfallsweiser Asphyxie der Finger leidet und in Folge seiner Arbeit (Kehlen etc.) mehrfach Verletzungen erlitten und bemerkt hat, dass mit jedem Trauma eine Verschlimmerung des Leidens eintrat.

Herr Cassirer weist auf die Häufigkeit von Panaritien bei R.'scher Krankheit hin und möchte an ein umgekehrtes Verhältniss denken.

Herr Remak hebt hervor, dass der Begriff der R.'schen Krankheit überhaupt in der Luft schwebe, dass locale Asphyxie der Finger an sich sehr häufig sei, und dass die Betreffenden in Folge ihrer Hyperästhesis an den Fingern auch Traumen besonders stark ausgesetzt seien.

Herr Bloch erwähnt den Fall eines Kutschers, welcher seine Krankheit nur auf starke Kälte zurückführte, und erwähnt die Möglichkeit einer vermittelnden Neuritis.

Herr Brasch betont, dass erstens keine Panaritien bei dem Kranken bestanden hätten, und dass zweitens thatsächlich nach jedem Trauma eine Verschlimmerung des bestehenden Leidens eingetreten sei.

4. Herr Henneberg: Rückenmarksveränderungen bei chronischer Nephritis. Vortragender berichtet über zwei Fälle von chronischer Nephritis (in dem einen Falle bestand Eclampsie), bei welchen sich herdförmige Sclerosen in den Seitensträngen sowie in der grauen Substanz fanden; in den Hintersträngen symmetrische, scheinbar systematische Degeneration; Herde meist im Zusammenhang mit den verdickten Gefässen, an einer Stelle übrigens ein Erweichungsherd. In dem einen Falle bestand ausserdem Erweiterung des Centralcanals und gliomatöse Wucherung in seiner Umgebung. Vortragender sieht in der Gefässerkrankung das Bindeglied zwischen Nephritis und Rückenmarksdegeneration und neigt dazu, die Syringomyelie des einen Falles ebenfalls als eine diesbezügliche Folgeerscheinung der Nephritis (Transsudation?) aufzufassen.

Herr Oppenheim stimmt dem Vortragenden in Bezug auf die Bedeutung der Gefässe zu, desgleichen Herr Goldscheider, welcher aber die Syringomyelie für ein eventuell zufälliges Accidens zu halten geneigt ist und ausserdem nach dem Verhalten der Ganglienzellen fragt.

Herr Henneberg erwähnt, dass die Vorderhornzellen in dem einen Falle geschrumpft waren und viel Pigment enthielten.

5. Herr Rothmann: Ueber Pyramidenkreuzung. Vortragender demonstrirt die Marchi-Präparate eines Affen, welchem von H. Munk vier Monate ante exitum die eine, 13 Tage ante exitum die andere motorische Region exstirpirt worden ist. Es fand sich Hellfärbung und Schmalheit der einen Pyramidenbahn mit feinen schwarzen Tupfen und starke Schwarzfärbung der anderen; ein direktes Umbiegen von stark getüpfelten Zügen in dem Seitenstrang der gleichen Seite fand sich nur in einem Präparat. Verfasser folgert daraus, dass, abgesehen von diesem geringen Bündel, eine totale Kreuzung der Pyramidenbahn stattfinde.

Kaplan (Herzberge-Lichtenberg).

— **Aus Nieder-Oesterreich.** Mit der Eröffnung der „Colonie Haschhof" hat der nieder-österreichische Landesausschuss abermals einen entscheidenden Schritt weiter in der modernen Ausgestaltung des nieder-österreichischen Irrenwesens gethan.

Am 16. März 1899 zogen die ersten 9 Pfleglinge der Irrenanstalt Kierling-Gugging, begleitet von Aerzten und Beamten, sowie Familien-Angehörigen derselben, aus dieser Anstalt aus, um in den von einem guten Fussgänger etwa in 45 Minuten erreichbaren Haschhof überzusiedeln. Dieser liegt ungefähr in der Mitte zwischen den beiden nieder-österreichischen Landes-Irrenanstalten Klosterneuburg und Kierling-Gugging auf einer langgestreckten Anhöhe, die zwei parallel laufende Thäler von einander scheidet, rings herum frei, einen schönen, weiten Rundblick auf den Wiener Wald gewährend, von den nächsten Häusern ungefähr eine Viertelstunde entfernt. Ein Wohngebäude bietet zunächst Unterkunft für 15 Pfleglinge, den Meier und die Wartepersonen; an dasselbe grenzen mit ihm im Carré stehende Stall- und Wirthschaftsgebäude, sodass in der Mitte ein geräumiger Hof gebildet wird. Ein bedeutender Viehstand und ein in verschiedenen Richtungen vom Hof aus sich hindehnendes Gebiet von ca. 205 Joch, zumeist aus Wiesen und Aeckern bestehend, bietet für eine grosse Anzahl von Pfleglingen Gelegenheit zur landwirthschaftlichen Beschäftigung.



Derzeit ist wohl nur, wie gesagt, für 15 Pfleglinge Unterkunft vorhanden; doch trägt sich der nieder-österreichische Landesausschuss mit dem Gedanken, der Colonie eine bedeutende Ausdehnung zu geben, denkt daher vor Allem an die Schaffung der nöthigen Wohngebäude und der anderen damit bedingten Einrichtungen. Auch die Regelung des ärztlichen und administrativen Dienstes am Haschhof wird daher erst später ihre definitive Erledigung finden können; einstweilen provisorisch eingerichtet, wird derselbe von den Aerzten und Beamten der Anstalt zu Kierling-Gugging versehen.

Wenige Tage nach der Eröffnung konnte der Stand von 15 Pfleglingen complettirt werden. Unter ihnen finden sich heute 5 Paranoiker, 4 Idioten, 2 secundär Demente, 2 Alcoholiker, 1 körperlich noch rüstiger Paralytiker der einfach dementen Form und 1 an Dementia praecox leidender Kranker.

Der Geist, der unter den Pfleglingen herrscht, ist ein ausserordentlich erfreulicher. Arbeitslust, Bewusstsein der ihnen gegönnten Freiheit, Freude über das ihnen geschenkte Vertrauen, körperliches Wohlbefinden zeigen sie fast ausnahmslos; eine behagliche, lebensfrohe Stimmung macht sich in der Colonie geltend. Diese theilt sich auch denjenigen Kranken mit, welche einstweilen — bis für die Unterbringung einer grösseren Anzahl von Pfleglingen am Haschhofe selbst gesorgt sein wird — aus der Irrenanstalt Kierling-Gugging, sobald es die Witterung nur immer erlaubt, von der entsprechenden Wärterzahl begleitet, in das Gebiet der Colonie zur Arbeit ausgesandt werden.

Eine namhafte Störung des Getriebes war bisher noch nicht zu verzeichnen gewesen. Ein chronischer Maniacus allerdings, der sich bereits durch zwei Monate ganz wacker gehalten hatte, entfernte sich am ersten Pfingsttage aus der Colonie, ging nach Wien (etwa zwei Stunden entfernt), durchjubelte die Feiertage in Wien und kehrte am nächsten Tage wohl spontan in die Colonie zurück, zeigte sich aber durch den Alcoholgenuss und die Fülle der Eindrücke so erregt, dass er in die Mutteranstalt zurückversetzt werden musste.

Die Initiative zur Gründung einer agricolen Irrencolonie ist dem unermüdlichen Eifer des nieder-österreichischen Landesausschusses und der ihn in unseren Angelegenheiten berathenden Organe zuzuschreiben, das nieder-österreichische Irrenwesen, dessen Entwicklung mit der im Deutschen Reiche sicherlich eine Zeit lang nicht gleichen Schritt gehalten hat, auf eine der letzteren vergleichbare Stufe zu bringen. Als ein von modernem, humanem Geiste gezeitigtes Unternehmen ist sie freudig zu begrüssen. Möge es seine künftige Entwicklung zeigen, dass ihm dieser Geist nie abhanden gekommen ist, mögen insbesondere, wie es nach den überzeugenden Worten Colla's gerade beim landwirthschaftlichen Betriebe leicht geschieht, nicht „einseitige Verwaltungsgrundsätze zur Geltung kommen", und mögen auch der agricolen Colonie die guten Charaktere der im modernen Sinne geleiteten Irrenanstalt stets erhalten bleiben!

— **Gehaltsregulirung der Assistenz- und Secundärärzte in Nieder-Oesterreich.** Anschliessend an die allgemeine Gehaltsregulirung der Landesbeamten im vergangenen Jahre wurden heuer auch die Bezüge der nicht definitiven Irrenanstaltsärzte verbessert. Bisher traten die Assistenzärzte mit einem Gehalte von 600 fl. nebst freier Wohnung (sogen. Dienstwohnung), freier Verpflegung und Beheizung in den Anstaltsdienst. Nach 4 Jahren wurde der Assistenzarzt Secundärarzt II. Klasse und erhielt nebst freier Station 800 fl. Nach weiteren 2 Jahren wurde der Secundärarzt II. Klasse definitiv als Secundärarzt I. Klasse angestellt und trat in den Genuss der Bezüge der IX. Rangklasse der Landesbeamten, d. i. 1600 fl. Gehalt und 500 fl. Quartiergeld und zwei Triennien à 150 fl.

Nach den neuen Bestimmungen nun erhält der Assistenzarzt schon nach 2 resp. 4 Jahren die Beneficien, die er früher erst nach 4 resp. 6 Jahren erlangen konnte.

— **Aus Preussen.** Betreffend Unterbringung geisteskranker Verbrecher entnehmen wir dem stenographischen Berichte der soeben herausgegebenen Verhandlungen des XXXIX. Provinzial-Landtags der Provinz Schlesien (vom 8. bis 18. Januar 1899) Folgendes. Vom XXXVIII. Provinzial-Landtag war im Anschluss an den einstimmigen Beschluss des Herrenhauses vom 15. Februar 1897 beschlossen worden, die Kgl. Staatsregierung zu ersuchen, besondere Einrichtungen zu treffen zur Bewahrung und Behandlung irrer Verbrecher behufs Entlastung der provinziellen Irrenanstalten und der Anstalten der Communalverbände, welche jetzt noch zur Unterbringung geisteskranker Verbrecher verpflichtet sind. — Hierauf ist ein Bescheid von dem Oberpräsidenten noch nicht ergangen. Der Vertreter des letzteren erklärt auf Grund der von zuständiger Seite ergangenen Entscheidung, „dass die Kgl. Staatsregierung zwar die Verpflichtung anerkennt, für die Unterbringung solcher Verurtheilter, die im Strafvollzug der Geisteskrankheit verdächtig werden, so lange Sorge zu tragen, bis ihre Geisteskrankheit und Strafvollzugsunfähigkeit festgestellt ist, dass sie es aber ablehnen muss, weitergehenden Forderungen in dieser Angelegenheit Folge zu geben." Für die der Geisteskrankheit verdächtigen Gefangenen aus den Strafanstalten der Provinz Schlesien sei bei dem Strafgefängnisse in Breslau eine Irrenabtheilung errichtet.

— **Aus Württemberg.** In Württemberg scheint ein gründlicher Rückschlag gegen die in den letzten Jahren dem Irrenwesen gemachten Vorwürfe eingetreten zu sein. War man dort vor vier Jahren gelegentlich der Berathung des Etats für die staatlichen Irrenanstalten mit Klagen über ungerechtfertigte Internirungen und unangemessene Krankenbehandlung so wenig sparsam gewesen wie im deutschen Reichstage, so konnte in vergangener Woche dieser Etat mit nicht unerheblichen Mehr-



forderungen durch die Abgeordnetenkammer glatt erledigt werden, ohne dass dabei über etwas anderes geklagt worden wäre, als über die Entlassung von nicht genügend gebesserten Geisteskranken. Theilweise musste der Minister die Berechtigung dieser Klage zugeben, da man sich bis nach Erbauung einer neuen Irrenanstalt vor der Ueberfüllung der bestehenden Anstalten nur noch zu schützen vermöge durch Entlassung aller nicht mehr unbedingt Anstaltsbedürftigen; er hat dabei aber auch mit vollem Recht Anlass genommen, auf entsprechende Einwendungen zu entgegnen, dass die Irrenanstalten Krankenhäuser sein und bleiben müssen, aus denen der Austritt nach ärztlichem Ermessen zu erfolgen habe, und nicht als Detentionsanstalten angesehen werden dürfen, in die etwa durch die Gerichte solche Personen, die wegen psychopathischer Zustände für begangene gesetzwidrige Handlungen straffrei geblieben sind, auf Lebensdauer eingewiesen werden könnten.

— Die Begründung eines **Vereins norddeutscher Psychiater** steht bevor. Die Aerzte der öffentlichen und privaten Irrenanstalten für Hamburg, Lübeck, Bremen, Mecklenburg, Schleswig-Holstein und der Oberarzt der inneren Station des Altonaer Krankenhauses haben ihre Betheiligung zugesagt. Die erste Versammlung soll am 3. August in Schleswig stattfinden, wozu Herr Sanitätsrath Director Dr. Hansen auffordert.

— Die **Irrenklinik in Kiel** ist im Bau; das nach dem Hallenser Muster etwas erweitert ausgeführte Hauptgebäude ist in freier Lage schon weithin sichtbar.

Kostentarif

zu dem Reglement für die Irrenanstalten der Stadt Berlin vom $\frac{\text{27. März}}{\text{26. April}}$ 1893, betreffend die Aufnahme, Behandlung und Entlassung Geisteskranker und über die Höhe der zu erstattenden Kosten.

Für die Zeit vom 1. April 1899 bis 31. März 1902 werden — nach Beschluss der Stadtverordneten-versammlung vom 29. December 1898 — die im § 24 obigen Reglements vorbehaltenen Kostensätze nachstehend festgesetzt:

a) Der Kostensatz für die volle Anstaltsverpflegung (§ 24 Absatz 1 des Reglements) auf . . . . . . 2,20 Mk.

Kommt dieser volle Satz zum Ansatz, so werden besonders aufgelaufene Kosten für Extradiät, Bandagen, Brillen und ähnliche daneben zur Berechnung gestellt.

b) Der bei Aussenpflege (§§ 17 und 18 des Reglements) für Leistungen von der Hauptanstalt ausser der Baarausgabe an die Pflegestelle, innerhalb der Grenze des Satzes zu a hinzutretende Zuschlag (§ 24 des Reglements)
bei Privatanstaltspflege auf . . 0,35 Mk.
„ Familienpflege auf . . . 0,60 „

c) Die allgemeinen Verwaltungskosten im Sinne von § 31a des Gesetzes vom 11. Juli 1891 und seiner Materialien (Drucksache 5 der Session 1890/91 des Herrenhauses S. 10 ff.) auf . . . . 1,20 Mk.

Vorstehender Kostentarif wird hiermit auf Grund des Artikels 1 § 31b des Gesetzes vom 11. Juli 1891 (Gesetzsammlung S. 300) genehmigt.

Berlin, den 2. März 1899.

(L. S.)

Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten.	Der Minister des Innern.
Im Auftrage.	In Vertretung.
gez. Bartsch.	gez. Braunbehrens.

Genehmigung.
M. d. g. A. M. 5582. (Berliner Gemeinde-
M. d. Inn. I. B. 1291. blatt Nr. 13. 1899.).

(In der entsprechenden Verfügung für Wuhlgarten sind die neuen Sätze 2,60, 0,50, 0,70 und 1,60 Mk.)

Bücherschau.

La maladie de Blaise Pascal. Von Ch. Binet-Sanglé. (Ann. méd.-psych. 1899, 2. Heft: März-April.)

Das Leben Pascals bietet dem Psychiater eine Fülle interessanten Stoffs zu specialistischen Studien. Sein Vater war abergläubisch. Pascal war das dritte von sechs Kindern; das erste war in den ersten Lebenstagen, das fünfte und sechste in den ersten Lebensjahren gestorben; das zweite war immer gesund; im späteren Alter wurde es schwärmerisch fromm; das vierte hatte in der Jugend nervöse Störungen, blieb in der geistigen Entwicklung zurück und war später ebenfalls einer auffallenden Frömmigkeit ergeben und legte sich Kasteiungen auf. Blaise Pascal kränkelte als Kind von einem Jahre und äusserte vor zwei Dingen eine krankhafte Furcht: es konnte kein Wasser sehen und schrie laut, wenn Vater und Mutter sich in seiner Gegenwart berührten; es wurde schliesslich so schwach, dass man an seinem Aufkommen verzweifelte. Da trat plötzlich ein Umschlag zum Besseren ein; das Kind wurde gesund und kräftig und diese ängstlichen Empfindungen blieben fort. Die vordere Fontanelle blieb sehr lange offen. Bis zum 18. Jahre war Pascal kerngesund und besass schon damals eine aussergewöhnliche Intelligenz und geistige Regsamkeit. Von da an beginnt, wahrscheinlich in Folge Ueberanstrengung mit mathematischen Arbeiten, eine Veränderung Platz zu greifen. Sechs Jahre später war P. ein langsamer, energieloser, leidender und trauernder Mensch, dabei ein ausserordentlicher



Frömmler. Mit 24 Jahren nach erneuter Ueberanstrengung (durch Arbeiten über das Gleichgewicht der Flüssigkeiten und über den leeren Raum) kamen neue Beschwerden: Mühe beim Denken und Sprechen, namentlich morgens; eine nicht vollständige Lähmung der Beine, infolgedessen er Krücken gebrauchen musste, nebst Kälte der Füsse und Unterschenkel (er musste mit Eau-de-vie getränkte Socken tragen); ein Oesophagismus, sodass er nur warme Flüssigkeiten tropfenweise schlucken konnte, endlich ein beständiger Kopfschmerz nebst Hitze in den Eingeweiden und andere Uebel wie Schlaflosigkeit und nächtliche Schweisse. Er consultirte Descartes, der ihm empfahl, recht viel Brühe zu trinken und solange im Bett liegen zu bleiben, bis er dessen überdrüssig werden würde. Unter Klimawechsel und geistiger Ablenkung besserte sich sein Zustand so, dass er, 25 Jahre alt, seine Arbeiten wieder aufnehmen und seine Abhandlung über den leeren Raum und das Gewicht der Luft schreiben, ja auch an Gesellschaften beiwohnen konnte. Da versetzte ihn, der noch sehr gern religiösen Träumereien nachhing, der Tod des Vaters drei Jahre später in einen Zustand tiefer Depression und die Kopfschmerzen und andere Beschwerden kehrten wieder; er widmete sich nur noch dem Gebet und der Lectüre der heiligen Schrift, lernte sie stellenweise auswendig, kasteiete sich, indem er nur eine bestimmte, geringe Menge einer bestimmten Speise zu sich nahm, infolgedessen sich Magenbeschwerden einstellten, und einen mit Stacheln garnirten eisernen Gürtel trug, dessen Spitzen er sich mit Gewalt in die Haut trieb, wenn ihn irgend eine Lust ankam. 1654, im Alter von 31 Jahren, gerieth er in eine ernste Lebensgefahr, aus der er nur mit knapper Noth gerettet wurde. Der Schreck, von dem er bei dieser Gelegenheit befallen, scheint den Grund zu psychischen Störungen gelegt zu haben. Denn gegen sein Lebensende pflegte er in das Rockfutter, wenn er einen neuen Rock anzog, ein altes Stück Papier und ein Stück Pergament einzunähen, welche das Datum des Unfalls trugen und einen unzusammenhängenden, wahrscheinlich unter dem Einfluss einer Hallucination geschriebenen Hymnus enthielten. Später sah er oft einen Abgrund zu seiner linken Seite, er pflegte dann einen Stuhl auf dieser Seite neben sich zu stellen. Im Jahre 1654 wird sein Zustand immer schlimmer, sodass selbst seine Schwester schreibt: Es ist klar, dass es nicht mehr sein natürlicher Geist ist, der in ihm wirkt. 1655 zieht er sich gänzlich ins Einsiedlerleben zurück. Während der Niederschrift seiner „Pensées“ stand er ganz unter dem Einfluss seiner religiösen Empfindungen, der Bethätigung der Ascese und unter demjenigen einer religiös-pessimistischen Weltanschauung. Soweit es sich in den Pensées um wissenschaftliche Dinge handelt, sind sie klar, präcise und tief, soweit es religiöse Betrachtungen sind, dunkel, vag und oberflächlich. In seiner Handschrift fanden sich häufig Wortauslassungen, Unregelmässigkeit der Schriftzüge, mangelhafte Interpunktion. Seine letzten vier Lebensjahre verbrachte er in einem ununterbrochenen Zustand von Schwäche und unter so heftigen Schmerzen, dass er weder lesen noch schreiben, noch überhaupt geistig arbeiten konnte; namentlich waren es Zahnschmerzen, die ihn sehr plagten und ihm den Schlaf raubten. Eines Nachts löst er das Problem des Cykloids und in demselben Moment hörten die Zahnschmerzen für immer auf. Im Juni 1662 — mit 39 Jahren — ergriff ihn Appetitlosigkeit; Anfang Juli trat eine heftige Kolik auf; die Schmerzen dauerten mit geringen Schwankungen an. Am 14. August starker Schwindel mit Kopfschmerzen, während inzwischen die Kolik ganz geschwunden war; am 17. August ist der Kopfschmerz am heftigsten und es erfolgt ein schwerer Krampfanfall, nach dem man ihn für todt hält. Er kommt jedoch wieder zum Bewusstsein. Aber die Convulsionen wiederholen sich und verlassen ihn nicht bis zu dem am 19. August erfolgten Tode. Bei der Autopsie zeigten sich Magen und Leber blass („flétris“) und die Eingeweide brandig. Am Schädel fand man nur die Pfeil- und Stirnnaht; letztere war von einer Knochenschwiele bedeckt, die man leicht mit dem Finger fühlte. „Im Schädelinnern, gegenüber den Ventrikeln, zwei wie durch Finger hervorgerufene Eindrücke in der Hirnsubstanz, die mit geronnenem und verdorbenem Blut gefüllt waren, welches bereits brandigen Zerfall der harten Hirnhaut zu verursachen begann.“ Wahrscheinlich handelte es sich um eine durch das viele Fasten bedingte eitrige Darmentzündung, die einerseits die starke Abmagerung, andererseits die Gehirnembolie zur Folge hatte. Das psychische Leiden hält Verf. für eine schwere Form der Neurasthenie auf Grundlage erblicher Belastung. Br.

Kovalevsky-St. Petersburg: **Lèpre et aliénation,** Revue neurologique 1899, V.

K. giebt das Wichtigste aus der Litteratur, die über Lepra und Geistesstörung handelt, führt die sich sehr widersprechenden Ansichten der Autoren über diesen Gegenstand an und kommt unter ausführlicher Wiedergabe eines einschlägigen, von Orbeli beschriebenen Falles bei Ehegatten zu folgenden Schlüssen:

1. Läsionen des Central-Nervensystems wurden in seltenen Fällen bei Leprösen beobachtet. 2. Es ist zu wünschen, dass sich die Aufmerksamkeit der Beobachter mehr auf diesen Gegenstand richte. 3. Lepra kann als Ursache geistiger Störung betrachtet werden. 4. Beobachtet wurde bei Leprösen Melancholie (Ehlers und Aschmead), Manie (Beavan Rake), Dementia (Rake), Amentia nach Meynert (Orbeli und Meschede).

Analog den übrigen Infektionskrankheiten scheint Lepra mehr die Amentia hervorrufen zu können.

Dees-Gabersee.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,** Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 11/12. 17. Juni 1899.

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal ℳ 4,—.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog No. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

An unsere Leser.

Mit den eingeschobenen Doppel-Nummern haben wir es ermöglicht, dass wir am Schlusse dieses Quartals zugleich das I. Quartal der Psychiatrischen Wochenschrift abschliessen können.

Von Nr. 13 ab (24. Juni cr.) erscheinen nur noch einfache Nummern.

Redaktion und Verlag der Psychiatrischen Wochenschrift.

Die Kolonie für familiäre Irrenpflege in Lierneux (Belgien).

Von *Konrad Alt.*

Trotz der unverkennbaren Vorzüge der durch vielhundertjährige Ueberlieferung besonders entwickelten familialen Kolonie zu Gheel fühlten sich dortselbst die aus dem französischen Theil Belgiens, aus den Provinzen Hainaut, Lüttich, Namur, Luxemburg und eines Theiles von Brabant stammenden Geisteskranken wenig wohl, weil sie unter den deutsch sprechenden, in Sitten und Bräuchen ihre niederdeutsche Abstammung und Art nicht verläugnenden vlämischen Kemperländern nicht heimisch werden konnten. Sie befanden sich im eigenen Vaterland gewissermaassen im Exil.

Deshalb wurde Jahrzehnte lang in maassgebenden Kreisen ernsthaft die Frage erwogen, ob es nicht möglich sei, den wallonischen Kranken eine neue familiale Kolonie inmitten ihrer engeren Landsleute zu schaffen, um ihnen nicht länger die Vortheile des Aufenthaltes in einer Familie durch eine fremdsprachige, anders geartete Umgebung zu schmälern und zu verleiden. Aber an die Verwirklichung dieses, im Interesse der Kranken wie ihrer Angehörigen gewiss berechtigten Wunsches traute man sich, trotz der lebhaften Befürwortung durch den Gheeler Director Peeters, nicht heran, weil man sich von der Vorstellung nicht losmachen konnte, nur eine durch hundertjährige Ueberlieferung, oder doch recht langjährige Vorbereitung besonders geeigenschaftete Bevölkerung werde sich zur Uebernahme von Geisteskranken, zum ständigen Umgang mit Irren verstehen. Man hielt es für unmöglich, in Belgien



noch einen zweiten Landstrich zu finden, in welchem eine grössere Zahl von Familien bereit sein werde, gegen die geringfügige Entschädigung von jährlich dreihundert Francs oder etwas mehr, die Lasten und Fährnisse auf sich zu nehmen, wie sie nun einmal die Anwesenheit eines Irren in der Familie mit sich bringen müsse. Man hielt es für ausgeschlossen, dass die wenigen auch dazu etwa bereitwilligen Familien auf die Dauer sich die ständige Controle und Besichtigung ihres Heims und Haushaltes gefallen liessen, die allerdings nicht zu umgehen seien im Interesse der Kranken, für welche man sogar mit Recht einen besseren Schlafraum, bessere Ernährung und grössere Sorgfalt beanspruche, wie für die eigenen Familienmitglieder.

Angesichts der unverkennbaren Schwierigkeiten ging man nicht zum praktischen Versuch über, unterdrückte vielmehr den im Interesse der Kranken rege gewordenen Wunsch mit der Behauptung, es sei eben unmöglich, ein zweites Gheel zu schaffen, und anderswo in Belgien zur Aufnahme und zum ständigen Umgang mit Geisteskranken gewillte und geeignete Familien zu finden.

Als aber Anfangs der 80er Jahre die Zahl der zu Gheel verpflegten Wallonen auf 500 gekommen und nicht weiter steigerungsfähig war, als eine anderweitige Unterbringung der Kranken angesichts der Ueberfüllung der belgischen Anstalten unmöglich erschien und die Erbauung einer neuen Anstalt an dem Kostenpunkte scheiterte, fasste der ebenso weitblickende wie den Geisteskranken wohlgesinnte Gouverneur der Provinz Lüttich, Freiherr Petit de Thozée, den raschen Entschluss, ungeachtet aller Hindernisse, für seine engeren Landsleute, deren Fürsorge ihm oblag, eine wallonische Irrenkolonie im kleineren Maassstab zu gründen. Er hoffte zunächst wenigstens einige, nach und nach, wenn auch langsam, immer mehr Familien zur Ausübung dieser werkthätigen Nächstenliebe zu gewinnen und heranzubilden, und im Laufe der Jahrzehnte allen, zum Aufenthalt in der Familie geeigneten Kranken seiner Provinz eine behagliche zweite Heimstätte bei braven Landsleuten zu schaffen. Ermuthigt und unterstützt wurde der hochherzige Gouverneur durch den um das familiale System so hochverdienten Gheeler Director Peeters, der sich im Interesse des guten Gelingens bereit erklärte, zur erstmaligen Ueberführung nach der neu zu gründenden Kolonie nur solche aus seinen bisherigen Pfleglingen auszusuchen, welche wegen ihres harmlosen und gutmüthigen Wesens, sowie wegen ihres Fleisses sicher den neuen Pflegeeltern mehr Freude als Last bereiten würden. Denn es müsse auf alle Fälle verhütet werden, durch Missglücken des erstmaligen Versuches das ganze Unternehmen in Frage zu stellen und in Misscredit zu bringen; sei aber einmal ein glücklicher Anfang gemacht, dann werde die gute Sache sich schon selber zum Siege verhelfen.

Wohlvorbereitet durch gründliches Studium der in Gheel erfolgreich durchgeführten Grundsätze und Forderungen, genau bekannt mit den Eigenthümlichkeiten seiner Landsleute — der gesunden, wie der kranken — schritt Freiherr Petit de Thozée unentwegt zur Verwirklichung des zum Wohle der Kranken ausgesonnenen, vom humanitären wie wirthschaftlichen Gesichtspunkt aus gleich trefflichen Planes und führte noch im Januar 1884 in einer ausserordentlichen Provinzialrathssitzung den Beschluss herbei, eine provinziale wallonische Irrenkolonie zu gründen. Ob und inwieweit das glückliche Gedeihen der kurz zuvor in Ilten bei Hannover ins Leben gerufenen Familienpflege zu der schnellen Entschlussfassung beigetragen und auf die besondere Gestaltung der wallonischen Kolonie von Einfluss gewesen, ist aus der Literatur nicht ersichtlich. Thatsache ist, dass Wahrendorffs am 2. Mai 1881 zu Hannover gehaltener Vortrag „Ueber den bisherigen Stand der familialen Irrenpflege in Ilten" nicht nur in Deutschland berechtigtes Interesse erregte, sondern auch im Ausland mancherorts rühmliche Beachtung und in Belgien an interessirter Stelle warmen Anklang fand. Man darf daher wohl der Vermuthung Raum geben, dass dieser erste wohlgelungene Versuch im Ausland auch in Belgien, dem Mutterlande des Systems, zur praktischen Verwirklichung eines lang gehegten Wunsches ansporte und als Wegweiser diente.

Zur Errichtung der Kolonie wurde der zum Süden der Provinz gehörige Gemeindebezirk Lierneux in den Ardennen, im Mittelpunkt des von den Städten Stavelot, Laroche und Houffalize gebildeten Dreiecks und von jeder etwa vier Meilen entfernt gelegen, in Aussicht genommen. Er zählte auf einer Oberfläche von 6,325 hectares — etwas mehr als halb so gross wie die Campine — gegen 2500 Einwohner, welche in dem Hauptort gleichen Namens und 19 zugehörigen Dörfern und Weilern wohnen. Lierneux liegt 10 km westlich von der Eisenbahnstation Viel-Salm*) der Strecke Pepinster-Luxem-

*) Man wohnt ziemlich gut im Hotel Bellevue, wo auch Wagen nach Lierneux zu haben ist.



burg. Man hatte sich für diese von allem Verkehr abgelegene, weder von einer Bahn noch einer Wasserstrasse durchzogene, landschaftlich überaus anmuthige Gebirgsgegend um deswillen entschlossen, weil die dortige Bevölkerung, in wesentlichen Punkten derjenigen von Gheel ähnlich, von Haus aus wegen ihrer wahrhaft christlichen Gesinnung, ihres gut entwickelten Mitgefühls, der Einfachheit und Reinheit der Sitten, wegen des natürlichen Frohsinns und einer treuherzigen Offenheit zu einer derartigen Ausübung der Werke der Barmherzigkeit besonders gut geeignet schien. Man hoffte, dass den durchweg ärmlichen kleinen Bauersleuten eine regelmässige baare Einnahme zur Aufbesserung ihrer Lage hochwillkommen sei, dass die, wenn auch noch so geringfügige Mitarbeit der Kranken mangels anderer Arbeitskräfte ebenfalls begehrt werde, zumal der an und für sich gar nicht schlechte Grund und Boden vollkommen ausreiche, um bei richtiger Bebauung die doppelte, ja dreifache Zahl von Bewohnern nähren zu können.

Man gab sich der Hoffnung hin, dass auch hier, wie in der Campine, der Einzug der Kranken allmählich eine Hebung der Cultur und des Wohlstandes zur Folge haben werde, dass die Einführung der Familienpflege einen wirthschaftlichen Aufschwung dieses seit uralter Zeit bewohnten, in neuerer Zeit allerdings mehr und mehr zurückgehenden Gaues bedeute.

Lierneux, verstümmelt aus dem lateinischen Wort Ladernacum, soll nämlich eine der ältesten Ansiedlungen des Landes sein und seinen Ursprung bis auf die Zeit Cäsars zurückführen können. Urkundlich wird Lethernacum schon im Jahre 667 in einem Diplom des Königs Childerich als Dependance der Abtei Stavelot erwähnt. Es besass damals bereits eine Pfarrkirche, wahrscheinlich die einzige in der ganzen Gegend. Kurzum, der Bezirk von Lierneux gehört zu den längst cultivirtesten Theilen Belgiens, was man, wie bereits angedeutet, auch heute noch dem Grund und Boden anmerkt und in Anbetracht der natürlichen Schönheit der Gegend und des anmuthigen Wechsels von Berg und Thal recht begreiflich findet. Im Jahre 1654 wurde der Ort und die ganze Umgebung durch die Truppen Ludwigs von Nassau von Grund auf verwüstet. Seit der Zeit ist kein irgendwie nennenswerthes Geschehniss zu verzeichnen, bis zu der im Jahre 1884 erfolgten Gründung der Kolonie.

Hierbei stiess man aber gleich im ersten Anfang auf Schwierigkeiten von einer Seite, von der man sie am allerwenigsten erwartet hatte. Die wohlhabenderen und gebildeteren Leute der Gemeinde erhoben — wie das übrigens später auch bei der Gründung der französischen Kolonie Dun sur Auron geschah — energisch Protest gegen die Zuziehung von Kranken, von denen sie eine Störung ihrer Behaglichkeit befürchteten, und der Bürgermeister der Gemeinde erklärte anlässlich des erstmaligen Orientirungsbesuches der mit der Beaufsichtigung und Regelung des Irrenwesens der Provinz betrauten, sogenannten „Députation permanente“ auf das bestimmteste: „Nichts ist ansteckender als Geisteskrankheit und so lange ich Bürgermeister bin, kommt kein Geisteskranker nach Lierneux.“

Trotz dieses feierlichen Einspruches des weniger hellen wie hitzigen Gemeindeoberhauptes siedelten bereits am 18. April 1884 die ersten vier, von Director Peeters besonders vorsichtig ausgewählten Kranken, zwei Männer und zwei Frauen, von Gheel nach Lierneux und fanden in den Familien besonders vertrauenswürdiger, zu künftigen Sectionsaufsehern ausersehener Männer Aufnahme. In einem auf drei Jahre gemietheten, einfachen Bauernhause wurde durch den für die Kolonie gewonnenen Ortsarzt eine Infirmerie improvisirt, zur Aufnahme der wegen körperlicher Erkrankung, oder wegen psychischer Erregung aus den Familien zurückzunehmenden, sowie der neu zugehenden Kranken.

Obwohl der Gründer der Kolonie ursprünglich die Absicht hatte, nur ganz allmählich weitere Kranke — in der ersten Zeit etwa vier pro Jahr — in die neue Familienpflege aufzunehmen, wurde die Nachfrage nach solchen angesichts ihrer Ungefährlichkeit und des durch sie erschlossenen regelmässigen Einkommens so gross, dass bereits im Jahre 1884 die Zahl der Familienpfleglinge auf 26, im Jahre 1885 gar auf 109 stieg. Es waren dies indess so gut wie ausschliesslich von Gheel überführte und mit selbstloser Sorgfalt von Dr. Peeters ausgesuchte Kranke, deren Harmlosigkeit und treue Mithilfe bei den Feld- und Hausarbeiten thatsächlich alle bestehenden Vorurtheile besiegte und die Opposition gänzlich unterdrückte. Selbst manche der vordem heftigsten Gegner schrieben sich in die Anwärterlisten zur Erlangung von Pfleglingen ein und konnten die Zeit kaum erwarten, bis ihnen Kranke zugeführt wurden. Gewiss ein überraschend schneller Erfolg, der allerdings nicht zum wenigsten der von Dr. Peeters geübten Vorsicht zu danken war.

Die Aufseher der Kolonie, welche, wie bereits



erwähnt, selber die ersten Pfleger abgegeben hatten, wurden nach und nach zu tüchtigen Irrenwärtern und zu treuen Gehülfen des Arztes bei der nothwendigen Einführung allerlei hygienischer Verbesserungen in den bis dahin vielfach recht dürftigen Wohnungen herangezogen. Dass sie in der Pflege und Behandlung der ihrer eigenen Familie anvertrauten Kranken allen übrigen Pflegern vorbildlich vorangehen mussten, erschien ihnen als selbstverständliche und deshalb auch leicht erfüllbare Forderung, der sie vollauf gerecht wurden. Indem alle Betheiligten, die Angestellten wie die Aufsichtsbehörden, sich nach bestem Können und mit grösstem Eifer der Entwickelung des jungen Unternehmens widmeten, wuchs die wallonische Kolonie, welche im Jahre 1887 eine neue zeitgemässe Infirmerie mit 40 Betten erhielt, stetig heran, so dass sie am 1. März d. J., dem Tage meines Besuches, bereits 430 Kranke, 280 männliche und 150 weibliche, zählte.

Wenn die neue Schöpfung auch nicht durch Unglücksfälle und andere unangenehme Ereignisse häufig oder auffällig heimgesucht wurde, so kam sie doch in den ersten Jahren, zumal im Ausland, in Misscredit durch die von Jahr zu Jahr unverhältnissmässig zunehmende Sterblichkeitsziffer, sowie wegen der Anwendung von Zwangsmitteln aller Art, die schon längst aus guten Anstalten verbannt waren. Was nützt, so sagte man mit Recht, dem Kranken die sogenannte Freiheit in der Familie, wenn er dort in ein Käfterchen eingesperrt wird, oder gar mit Zwangsjacke und Fesselhosen gebändigt herumliegt! Wenn auch reglementsgemäss nur ganz ausnahmsweise zu diesen Zwangsmitteln gegriffen werden sollte, so wurde doch anfänglich nicht allzu selten davon Gebrauch gemacht, was jedem Irrenarzt selbstverständlich erscheint, der weiss, dass weder der erste Arzt der Kolonie, noch das Aufsichtspersonal die zwangsfreie Behandlung vorher in einer moderneren Anstalt erlernt und ausgeübt hatte, sondern einfach durch behördlichen Auftrag mit diesem schwierigen Amt betraut worden war.

Die Kunst mit Geisteskranken richtig umzugehen, den beginnenden Erregungszustand rechtzeitig zu erkennen und zu unterdrücken, den bereits erregten Kranken ohne neue Anreizung zu beruhigen oder von Gewaltthätigkeiten abzuhalten, will gründlich erlernt und unter sachverständiger Anleitung lange praktisch ausgeübt sein. Wenn Arzt und Aufseher selber hierin Neulinge sind, wenn in einem Reglement überhaupt noch solche Zwangsmittel aufgeführt werden, dann darf man sich über wirklich vorgekommene Missbräuche nicht wundern, dann können Uebelstände dieser Art nicht ausbleiben. Nach und nach, mit zunehmender Erfahrung und Geschicklichkeit der Pfleger wie Aufseher, besonders aber seit der im Jahre 1892 erfolgten Anstellung des gegenwärtigen energischen Directors, der als mehrjähriger psychiatrischer Assistent die erforderlichen Fachkenntnisse besass, wurden die Zwangsmittel thatsächlich immer mehr und mehr abgeschafft, wenn auch bedauerlicher Weise heute noch das Reglement einen die Anwendung des „camisole et du caleçon de force“ betreffenden Abschnitt enthält.

Der zweite Vorwurf, den man nicht ohne Berechtigung eine Zeit lang gegen die wallonische Kolonie erhob, war veranlasst durch die von Jahr zu Jahr zunehmende, unverhältnissmässig hohe Sterblichkeit, welche von 3,65 % im Jahre 1885 ziemlich rasch und gleichmässig auf 13,48 % im Jahre 1889 anstieg, um dann wieder allmählich auf 3,57 % zu sinken. Wenn auch zugestanden werden kann, dass das der Kolonie zugeführte Krankenmaterial, abgesehen von den ersten hundert Kranken, theilweise aus körperlich siechen Personen bestand, lag doch die Schuld sicherlich zum grössten Theil an den Verhältnissen der Familienpflege selbst. Ein geisteskranker Mensch, zumal einer der von Haus aus oder in Folge einer späteren Gehirnkrankheit mehr oder minder blödsinnig ist, beansprucht, um körperlich gesund zu bleiben, ein wesentlich höheres Maass von Luft und Licht, von Reinlichkeit und Sorgfalt, wie ein geistesgesunder. Bei Leuten, die wenig Muskelarbeit verrichten und ständig müssig herumsitzen, oder doch sich nur wenig beschäftigen, werden nach und nach alle Gewebe weniger widerstands- und regenerationsfähig. Blödsinnige vollends erliegen viel eher einer an und für sich geringfügigen Erkrankung, weil bei ihnen die gesundende Macht des Pflichtgefühls zur Aufbietung aller Kräfte und zur energischen Ueberwindung der beginnenden Schwäche fortfällt.

Die Sterblichkeit sank denn auch zusehends, als durch das energische Eingreifen des zeitigen Directors Dr. Deperon auf Wohnung und Ernährung der Pfleglinge erhöhte Sorgfalt verwendet wurde, als den Pflegern, die rechtzeitig das Eintreten eines körperlichen Unwohlseins ihrer Schützlinge meldeten, für die Dauer der Erkrankung täglich eine kleine Sondervergütung zugewiesen und dadurch ihr Eifer angeregt wurde.

Dieser vorübergehende Zeitabschnitt einer er-

schreckend hohen Sterblichkeit bedeutete nicht nur für die Lierneuxer Familienpflege eine eindringliche Warnung, dass die hygienischen Verhältnisse gründlichster Besserung bedurften, sondern verdient auch überall anders, wo derartige Kranke verpflegt werden oder wo eine neue Familienpflege ins Leben gerufen wird, vollste Beachtung.

Gegenwärtig ist die Sterblichkeit mit 3,57 % recht gering; an sich schon der deutlichste Beweis, dass jetzt dort in Bezug auf Wohnung, Ernährung und Pflege der Kranken fortgesetzt die grösste Sorgfalt verwendet wird. Das lehrt denn auch die eingehende Besichtigung der Infirmerie und zahlreicher Quartiere, sowie das Aussehen der Pfleglinge.

Der Hauptort Lierneux ist ein mittelgrosses, sauberes Dorf, das fast ausschliesslich von kleinen Ackerbürgern und Gewerbetreibenden bewohnt wird. Mindestens in jedem dritten Hause befindet sich ein Kramladen mit oder ohne Ausschank, oder eine Kneipe, die in der Regel den harmloseren Namen Café führt. Die Bevölkerung sieht gesund, frisch und freundlich aus; die zahlreichen Kinder, zumeist blühend und schön, bekunden gegen Fremde ein artiges und höfliches Benehmen. Schon beim Durchfahren durch den Ort bemerkt man auf der Strasse und vor den Häusern zahlreiche Kranke, welche sich in ihrer Kleidung wenig oder gar nicht von den Eingeborenen unterscheiden, jedoch vielfach durch den Gesichtsausdruck auf den ersten Blick auffallen. Nirgendwo war zu bemerken, dass ein Kranker den Gegenstand ungeziemender Neugierde oder gar Hänselung abgab; nur eine, mit papierner Krone und reichlichen bunten Fetzen geschmückte, majestätisch einherschreitende „Königin“ hatte eine Anzahl Kinder um sich versammelt, mit denen sie huldvoll herablassend sprach, was von diesen mit einem ehrfurchtsvollen Diener entgegengenommen wurde.

Ueber die am nördlichen Ausgang des Ortes gelegene Infirmerie, welche im Hauptgebäude eine verschlechterte Nachbildung von Gheel darstellt, ist baulich nicht viel rühmenswerthes zu sagen, ausser dass sie mit Centralheizung und elektrischer Beleuchtung versehen ist. Die Räume im Innern sind sauber und freundlich gehalten, die Betten mit blendend weisser Wäsche überzogen. Vor jedem Bett liegt ein schöner, bunter Bettvorleger. In den Zimmern und auf den Gängen sind vielfach reizende Käfige mit Singvögeln, die im Sommer in grosse Volièren in die Gärten kommen.

In dem zweigeschossigen Hauptgebäude befinden sich auch die Wohnung des Directors, die von demselben verwaltete Dispensiranstalt, sowie die Magazine. Die hauptsächlichsten Krankensäle sind in einem nach rückwärts dem Hauptgebäude, in der Richtung der Mittelachse, angegliederten eingeschossigen Barackenbau gelegen. In der Infirmerie ist auch eine grössere Badeeinrichtung, woselbst die Kranken der Kolonie vierteljährlich ein Bad nehmen und bei der Gelegenheit von dem Director oder seinem Collegen körperlich untersucht werden.

Der Médecin-Directeur bezieht nebst freier Wohnung etc. ein Einkommen von 8750 Francs, nämlich

7000 Francs Gehalt,
1000 „ Repräsentationsgeld,
750 „ Entschädigung für die Dispensation.

Privatpraxis ist nicht gestattet mit Ausnahme von Consultationen bei Nerven- und Geisteskranken.

Sein Hülfsarzt, Médecin adjoint, bezieht nebst freier Wohnung etc. ein Gehalt von 4000 Francs.

Für die Besuche in der Familienpflege steht jedem der beiden Aerzte ständig je ein der Kolonie gehöriges, leichtes Fuhrwerk zur Verfügung. Das ist auch nöthig angesichts der stellenweise sehr grossen Entfernungen, denn die Kranken sind ausser in Lierneux selbst in den sämmtlichen 19 umliegenden Ortschaften des Bezirks zerstreut. Die Infirmerie war am Tage der Besichtigung recht leer, denn sie beherbergte nur 10 Kranke, die theils wegen körperlicher Erkrankung, theils wegen stärkerer Erregung nicht in der Familienpflege sein konnten. Die Zahl der nothwendig werdenden Rückversetzungen nach der Infirmerie beträgt durchweg etwa 5 % im Jahre, die Zahl der Neuaufnahmen ist schwankend und betrug beispielsweise 138 im Jahrgang 1893, hingegen nur 81 im Jahre 1896 und 1897 gar nur 64. In den beiden Jahrgängen 1895/96 wurden 48 Kranke aus Gründen der öffentlichen Sicherheit nach geschlossenen Anstalten überwiesen. Die neu ankommenden Kranken bleiben durchweg nur 5 Tage in der Infirmerie, weil in der Regel diese Zeit genügt, um dem Director ein derartiges Bild ihres Zustandes zu geben, dass er die entsprechende Pflegestelle für sie aussuchen kann. Die Placirung der Kranken liegt hier, im Gegensatz zu Gheel, wo formell das „comité permanent“ die Pflegestelle bestimmt, ausschliesslich in der Hand der Aerzte. Wo die ortseingesessenen Bürgermeister, Schöffen etc. bei der Krankenvertheilung mitzureden haben, da ist, so meinte der Director, der Vettermichelei Thür und Thor geöffnet, natürlich zum Schaden der Kranken.

Es giebt zwar auch hier ein comité permanent, welches aus dem Gouverneur der Provinz als Präsidenten, dem königlichen Procurator, dem Bezirksfriedensrichter, einem von der Provinzial-Deputation bestimmten Arzt, dem Bürgermeister der Gemeinde und zwei vom Herrn Justizminister ernannten Mitgliedern besteht und officiell vierteljährlich wenigstens einmal in Lierneux zusammentreten und die ganze Familienpflege in allen Einzelheiten besichtigen, ausserdem noch allmonatlich einmal durch zwei Delegirte die Kolonie inspiciren lassen soll — kurzum, in dem Reglement steht ein sehr complicirter Revisionsapparat, der aber in Wirklichkeit so gut wie nicht in Bewegung gesetzt wird. Denn verantwortlich ist in letzter Linie doch stets der Director, der an der Hand des Reglements für die Ordnung in der Kolonie und für das Wohl der Kranken sorgt. Thatsächlich ist auch das Reglement, obwohl erst im Jahre 1894 revidirt, in manchen Punkten, z. B. in Bezug auf die Zwangsmittel, welche überhaupt nicht mehr angewendet werden, durch die Anordnungen des Directors weit überholt. Es wäre allerdings zur Vermeidung von Missverständnissen besser, wenn der von der Anwendung der Zwangsmittel handelnde Passus ganz verschwände! Thatsächlich fand ich, um dies gleich hier vorwegzunehmen, in keinem einzigen Quartier irgend ein Zwangsmittel in Anwendung, auch wurde bei wiederholtem Nachfragen von den Pflegern stets der Besitz solcher mit überzeugender Entrüstung in Abrede gestellt. Die Kolonie soll im Ganzen noch zwei Zwangsjacken besitzen, welche aber gänzlich ausser Gebrauch sein sollen. In einem einzigen Hause in Lierneux waren vor einem im zweiten Stockwerk gelegenen Krankenzimmer Eisenstäbe, sonst giebt es nirgendwo Gitter.

Auch in der wallonischen Kolonie unterscheidet man, wie in der Campine, bei den Pflegern „hôtes" und „nourriciers", je nachdem dieselben Kranke der besseren Stände (pensionnaires) oder Communalkranke der ärmeren Volksschichten (indigents) beherbergen. Die der Kolonie für jeden Tag und Kopf der letzteren zu entrichtenden Kosten werden alljährlich auf Grund des Wirthschaftsabschlusses des letzten Rechnungsjahres von dem comité permanent festgesetzt. Im laufenden Jahre beträgt der Pflegesatz 1 Franc 40 Centimes. Handelt es sich um gänzlich mittellose Kranke, so zahlt hiervon

der Staat $^3/_6$,
die Provinz $^1/_6$,
„ Commune $^2/_6$.

An die Pfleger, die nourriciers, werden, je nach der geringeren oder grösseren Hülfsbedürftigkeit der Kranken, die man auch hier, nach dem in Gheel bewährten Verfahren, in drei Klassen eintheilt, täglich 85, 95 bezw. 110 Centimes bezahlt, so dass die Kolonie also einen Ueberschuss von 55, 45 bezw. 30 Centimes erzielt. Die Bestimmung darüber, welcher Pflegesatz für jeden einzelnen Kranken zu zahlen ist bezw. in welche Kategorie derselbe eingereiht wird, ist lediglich „chose médicale" und wird vierteljährlich von dem Director getroffen, der, wie schon erwähnt, auch die Pflegestelle aussucht.

Wenn aber die Angehörigen sich verpflichten, ausser dem alljährlich festgelegten Verpflegungssatz von täglich 140 Centimes noch 25 mehr, also täglich 165 Centimes zu entrichten, so wird ihnen dafür das Recht eingeräumt, nach Rücksprache und mit Genehmigung des Directors unter den gerade disponiblen Pflegestellen eine ihnen besonders zusagende auszusuchen. Die endgültige Bestimmung trifft aber auch in diesen Fällen der Director. Dieser Aufschlag von 25 Centimes kommt ebenfalls der Kolonie zu Gute. Auch diese Kranken werden durchweg als Pensionäre bezeichnet, wie denn überhaupt die nourriciers mit Vorliebe von ihren Schützlingen, auch den allerärmsten, nur als von ihren Pensionären sprechen. Offensichtlich ist nahezu überall der Pflegling, oder das Pfleglingspaar — denn mehr als zwei und zwar stets desselben Geschlechts giebt es nie in einer Familie — stets der Mittelpunkt des Haushaltes. Ausnahmslos haben die Kranken die besten Zimmer inne und selbst in den Häusern, in welchen die eigenen Hausangehörigen in geradezu erbärmlichen Verschlägen auf jämmerlichen Lagern, die den Ausdruck Bett durchaus nicht verdienen, schlafen, macht das Zimmer des Kranken einen sauberen, freundlichen Eindruck.

Die Zimmer der eigentlichen Pensionäre, deren es nur sehr wenige giebt, sind recht gut ausgestattet. Für sie werden bis zu 2200 Francs pro Jahr an die Hôtes bezahlt, während die Anstaltskasse überdies noch 10 % des Pflegegeldes, wenigstens aber 80 Francs im Jahr erhält.

Die Pensionäre, deren es im Ganzen nur 7 oder 8 giebt, wohnen mit einer Ausnahme alle in Lierneux selbst. Fürs erste ist auch nicht an eine wesentliche Vermehrung dieser Zahl zu denken, denn der ganze Ort trägt den Charakter allereinfachster Ländlichkeit und es giebt nur erst wenig wohlhabendere Familien, in denen Kranke der besseren Stände mit höheren



Ansprüchen die gewohnte gesellschaftliche Anregung und comfortablere Einrichtung finden. Wenn aber noch ein weiteres Jahrzehnt verstrichen und durch das einkommende Pflegegeld der allgemeine Wohlstand gestiegen ist, dann werden auch gewiss genügend vornehmere Quartiere zu haben sein. Denn man kann es jetzt schon allerwärts merken und von den Aerzten und Quartierwirthen bestätigen hören, wie die Häuser, welche viele Jahre lang Kranke beherbergen, nach und nach innen und aussen gediegener und freundlicher geworden sind, wie nicht nur die Zimmer der Pfleglinge ausser dem vorgeschriebenen Mobiliar eine Anzahl behaglicher und dem Auge wohlgefälliger Gegenstände erhalten haben, sondern wie auch in der Wohnstube, in den Familienschlafzimmern und überhaupt im ganzen Hause alles gesunder, schöner und gemüthlicher geworden ist. Wie in Gheel, so kann man es auch hier geradezu mit Händen greifen, wie von den der fortgesetzten ärztlichen Controle unterliegenden Zimmern aus allmählich der Geist der Sauberkeit und Ordnung in das ganze Anwesen einzieht, wie die Pfleger an dem, was sie für ihre Schutzbefohlenen thun müssen und auch gerne thun, lernen, was ihnen selber gut und dienlich ist. So Erstaunliches auch schon nach dieser Richtung hin geschehen ist, bleibt in manchen Quartieren noch Vieles zu bessern übrig, denn Wohn- und Schlafräume der Familie sind mitunter geradezu unbeschreiblich unordentlich und dürftig, während der Pflegling ein freundliches und gut gehaltenes Zimmer hat. Man kann nicht sagen Schlafzimmer, denn anscheinend dient der Raum — im Gegensatz zu Gheel — dem Kranken vielfach auch zum Tagaufenthalt. Ueberhaupt waren die Pfleglinge häufiger nicht in der Familie anzutreffen; sie gingen ihre eigenen Wege — ein Zeichen, dass die gegenseitige Zugehörigkeit von Pflegern und Pfleglingen in manchen Quartieren doch noch nicht den wünschenswerthen Grad erreicht hat, dass die Pfleglinge doch noch nicht ganz in der Familie aufgehen.

Zum Theil mag diese offensichtlich nicht ganz vollkommene familiäre Anpassung wohl auch in dem wallonischen Volkscharakter bedingt sein.

Augenscheinlich sind die Pfleger nahezu ausnahmslos mit ihren Kranken — soweit es sich nicht um Epileptiker und Aufgeregte handelt, die man dort allgemein nicht sehr schätzt — recht zufrieden und ebenso die Pfleglinge mit ihren Wirthen. Nur ganz vereinzelt hört man einmal den Wunsch nach Entlassung äussern. Dergleichen erlebt man ja aber auch in der freiesten und besten Anstalt auf jedem Rundgang. Auch die verhältnissmässig geringfügige Anzahl ernster und gelungener Entweichungen — im Jahre 1897 entwichen 9 Kranke, von denen 8 in kurzer Zeit wieder zurückgebracht wurden, während der neunte ins Ausland gelangte, aber nach wenigen Monaten von selbst zurückkehrte —, noch mehr der Umstand, dass diejenigen, welche im Anfang erst ein- oder zweimal fortgelaufen waren, dies später nicht mehr wiederholen, spricht dafür, dass die Kranken sich dort wohl fühlen. Dass Pfleglinge mit krankhaftem Hang zum Entweichen und Stromern nicht in eine Familienpflege gehören und daher auch nicht in Lierneux aufgenommen oder behalten werden, ist selbstverständlich. Dasselbe gilt von Kranken mit Hang zu Selbstmord, Brandstiftung, geschlechtlichen Excessen, zum Trunk und zur Tobsucht.

Alkoholiker dürften in Lierneux mit seinen beispiellos zahlreichen Kneipen kaum vor Excessen zu behüten sein, und die zu stärkern Erregungszuständen neigenden Kranken können in den so eng bei einander gelegenen Häusern nicht genügend vor schädlichen Reizen bewahrt werden, zumal auch den Pflegern durchweg noch die hierzu erforderliche besondere Geschicklichkeit und Lust abgeht.

Gleichwohl litten von dem im Jahre 1897 erfolgten Neuaufnahmen, welche übrigens in der Regel direct zugehn, nachdem der Director auf Grund der erforderlichen Unterlage die Genehmigung ertheilt hat, 10% an Manie und Delirium. In Bezug auf die Krankheitsform der übrigen, im gleichen Jahre neu zugegangenen Pfleglinge sei kurz mitgetheilt, dass nach dem ärztlichen Bericht

34% an Idiotie und Imberillität,
15 „ an Melancholie,
15 „ an chronischer Verrücktheit

leiden, während der Rest sich auf Paralyse, toxische Psychosen, secundäre Demenz, Epilepsie und Hysterie vertheilt.

Als geheilt entlassen wurden in demselben Jahre 7 Männer und 7 Frauen, als gebessert 3 Männer und 4 Frauen, ein immerhin recht beachtenswerthes Heilergebniss. Durch Selbstmord endeten zwei Kranke; das ist in Anbetracht der nicht zahlreichen acuten Kranken ein Verhältniss, welches — im Widerspruch mit der Auffassung des dortigen Directors — als ungünstig bezeichnet werden muss. Man kann sich der Vermuthung nicht ganz verschliessen, dass dergleichen Unglücksfälle zwar nicht ganz zu vermeiden, aber doch erheblich herabzu-

mindern wären, wenn für die frischen Psychosen von der Infirmerie ausgiebigerer Gebrauch gemacht und dortselbst eine ständige Wachstation eingerichtet würde. Dort könnten auch die besonders hinfälligen, unreinlichen und pflegebedürftigen Kranken, die in einigen Häusern angetroffen wurden, jene sachverständige, sorgfältige Wartung und Pflege geniessen, wie sie auf die Dauer niemals in der Familie, sondern ausschliesslich in einem guten Krankenhause ausgeübt werden kann. Ohne die Wohlthat der Familienpflege irgendwie gering anzuschlagen, muss man doch auch die Erfolge einer geordneten klinischen Behandlung und Pflege in acuten Fällen, sowie bei hochgradiger Hülflosigkeit nicht unterschätzen. Die Psychiatrie darf eben nicht einseitig ein System bevorzugen und darüber andere vernachlässigen, sondern sie hat jedem Kranken den gerade zu seinem Zustand bekömmlichsten Aufenthalt zu verschaffen. Wer die Segnungen guter, moderner Anstalten aus eigener Erfahrung kennt, wird die Ansicht des dortigen Directors, dass 60 % aller der öffentlichen Fürsorge bedürftigen Geisteskranken in Familienpflege sein könne, nicht ganz theilen.

Eine Besichtigung der sämmtlichen, zum Theil sehr weit abgelegenen Ortschaften war natürlich an einem einzigen Tage nicht möglich. Es wurden daher die meisten Pflegestellen in Lierneux selber, sowie in den Ortschaften Odrimont, Hierlot und Lansival besucht. Ein sehr grosser Unterschied besteht nicht — abgesehen von den Pensionärwohnungen — zwischen den Pflegestellen im Hauptort und den übrigen Dörfern. Die Quartiere sind überall nicht gleichmässig. Neben stattlichen Bauernhäusern mit überaus geräumigen, fast herrschaftlich ausgestatteten Pfleglingszimmern, trifft man kümmerliche Kossathen- und Handwerkerhütten mit Räumen für die Kranken, die eben oder überhaupt nicht den bestehenden baulichen Bestimmungen entsprechen und nichts weiter als das vorgeschriebene Zimmergeräth aufweisen. Es wird nämlich für jeden erwachsenen Kranken ein besonderes Zimmer verlangt, welches mindestens 6 Meter Grundfläche, $2^1/_2$ Meter Höhe und $^3/_4$ Quadratmeter Fensterfläche haben soll. Jugendliche Pfleglinge dürfen mit ausdrücklicher Genehmigung des Directors in ein und demselben Zimmer mit einem Familienmitgliede schlafen, jedoch muss pro Kopf 12 Cubikmeter Raum vorhanden sein. Die Zimmerwände sind alljährlich zweimal mit Kalkfarbe zu streichen, der Fussboden muss gedielt oder mindestens mit Backsteinen belegt sein und häufig feucht aufgenommen werden. Die peinlichste Sauberkeit und gründliche Lüftung wird den Pflegern besonders zur Pflicht gemacht. Wer den verlangten baulichen Aenderungen und den in Bezug auf Reinlichkeit und Ordnung gegebenen Anweisungen nicht Folge giebt, verliert seine Kranken. Nichts wird nach der Richtung durchgesehen.

Der Erfolg dieser unnachsichtigen Strenge ist denn auch ganz augenscheinlich. So verschiedenartig die Pfleglingsräume in Bezug auf Grösse und Ausstattung sein mögen, so dürftig und unordentlich es in den Privaträumen mancher Pfleger aussieht — und es sieht stellenweise noch recht schlimm aus —, in dem einen Punkt herrscht völlige Gleichheit: jedes einzelne Krankenzimmer ist peinlich sauber und ordentlich.

Auch das vorgeschriebene Mobiliar:

ein Bettgestell aus Eisen oder Holz, ein Strohsack und eine Uebermatratze aus Rosshaar oder Wolle,
2 Bettlaken aus Leinwand oder Baumwolle, wollene Zudecken, je nach der Jahreszeit 1 bis 3 Stück,
ein Stuhl,
ein Bettvorleger,
ein Nachtgeschirr

ist in den Zimmern für saubere Kranke stets vorhanden und an vorschriftsmässiger Stelle aufgestellt.

Die Lagerstätten der „gateux“ sind vielfach von betrübender Einfachheit und verdienen nicht den Namen Bett; mitunter sind Gefässe untergestellt, in welche der Unrath einlaufen soll. Glücklicherweise ist die Zahl dieser menschenunwürdigen Lagerstätten sehr gering; in einer guten Anstalt würden aber die meisten der so kümmerlich gelagerten gateux in kurzer Zeit an den Gebrauch eines richtigen Bettes zu gewöhnen sein.

Weitaus die meisten Zimmer der „aliénés propres“ enthalten aber ausser den vorgeschriebenen Gegenständen

ein Tischchen mit schöner Wachstuchdecke, darauf in der Regel eine Wasserflasche mit Glas,
eine meist sehr farbenprächtige Bettüberdecke,
einen oder mehrere Fussteppiche,
einen Schrank, Spiegel, Seifennapf, Kammkasten, Bilder, Statuen etc.

Fast in jedem Zimmer standen lebende Pflanzen, duftiger Goldlack und blühende Cinerarien.

Der freundliche Eindruck der Zimmer wird dadurch etwas beeinträchtigt, dass sich in der Zugangsthür, die auch verschliessbar ist, stets ein rundes, verglastes Guckloch befindet.



Der Anzug der Kranken war mit geringen Ausnahmen sauber und ordentlich, der Ernährungszustand gut. Ob und inwieweit die über die Beköstigung bestehenden genauen Vorschriften thatsächlich befolgt werden, lässt sich nicht constatiren. Das Brod, was in verschiedenen Stellen probirt wurde, war sehr kräftig und wohlschmeckend, ein Gemisch aus Weizen- und Roggenmehl. In den Wohnstuben über dem Ofen hingen reichlich getrocknete Fleischstücken und Wurst, weil in den meisten Häusern kurz zuvor Schlachtefest war. Es wird in der Regel auf jeden Hausbewohner ein bis anderthalb Centner Schweinefleisch selbst geschlachtet. Sonntags giebt es ab und zu frisches Rindfleisch, das aber ziemlich theuer ist und 80 Centimes pro Pfund kostet. An dem Tage der Besichtigung, die auch in die Essenszeit hineinfiel, war indess nirgends Fleischkost, sondern ausschliesslich Mehl und Eierspeise zu sehn; in manchen Häusern gab es zu Mittag nur Kaffee mit Butter- oder Schmalzstullen. Das hatte seinen Grund darin, weil gerade ein besonderer Fasttag war, an welchem die Einwohner von Lierneux und Umgegend, die durchweg katholisch und zwar strenggläubig sind, kein Fleisch essen. Die Pfleglinge sind übrigens, mit Ausnahme von 5 Protestanten und 2 Isrealiten, ebenfalls alle katholische Christen. Sie gehen regelmässig Sonntags mit ihren Pflegern in die Pfarrkirche, deren es im ganzen Bezirke sechs giebt. Einen eigenen Seelsorger hat die Kolonie nicht, vielmehr werden die Kranken von dem jeweiligen Ortsgeistlichen pastorirt. Die evangelischen Christen werden von einem Geistlichen aus der Nachbarschaft besucht, und die Israeliten im Bedarfsfall von einem auswärtigen Rabbiner.

Die Lierneuxer Bauern sind aber nichts weniger als kopfhängerisch, sie lieben Tanz und Musik und bekunden auch dem Besucher, dass sie einen guten Scherz zu würdigen und zu erwidern verstehen. In einem Hause wurde ein kleiner 4 jähriger Knabe angetroffen, der Virtuose auf der Harmonika war und Gesunde wie Kranke durch sein Spiel zu fesseln verstand. Blumen giebt es überall in Hülle und Fülle, auch sind alle Wände reichlich mit Bildern, zumeist religiösen, geschmückt.

Die Ställe sind schlecht gelüftet und wenig erhellt; das Vieh ist meist nicht gross, vielfach struppig und dürftig genährt. Das scheint in der ganzen Gegend der Fall zu sein. Es war nämlich gerade Markt in Vielsalm, so dass man schon auf der Landstrasse eine Vorstellung von dem Viehstand der Gegend bekommen konnte. Auch die Acker- und Wiesenbestellung zeigt nicht von intensiver Bewirthschaftung.

Es soll aber auch darin schon etwas Wandel zum Fortschritte eingetreten sein.

Ausser einigen mit Hausarbeit und Kinderwartung beschäftigten Kranken wurden nur wenige beim Arbeiten angetroffen. Dies mochte wohl hauptsächlich darin begründet sein, weil die meisten von ihnen ihres Zeichens Landarbeiter sind und zu jener Zeit nur wenige ländliche Arbeiten zu verrichten waren. Es sollen nämlich durchschnittlich gegen 100 Pfleglinge sich mit bäuerlicher Arbeit beschäftigen und ebensoviele sich im Haushalt nützlich machen, während ein geringer Procentsatz — im ganzen etwa 25 — ein Handwerk betreiben. Ein Pflegling ist Photograph und beglückt auch die Besucher der Kolonie mit einer Aufnahme, für welche er nach verschämter Künstlerart halb zudringlich, halb abgewandt eine Gabe fordert. Von den wenigen jugendlichen Pfleglingen besuchen einige — Epileptiker — die Dorfschule. Besondere Unterrichts- und Unterhaltungseinrichtungen bestehen nicht für die Kranken.

Die Kolonie ist in 4 Sectionen mit je etwa 100 Quartieren — es giebt deren im Ganzen 408 mit 430 belegten und 70 disponiblen Pflegestellen — eingetheilt. In jeder, welche eine ganze Anzahl von Dörfern umfasst, wohnt ein „garde", der täglich eine vorgeschriebene Anzahl von Quartieren zu besuchen und dem betreffenden Arzt darüber zu berichten hat. Er besucht jeden Kranken etwa alle 3 Tage und trägt regelmässig seinen Namen in das in Händen des Pflegers befindliche Büchlein ein, welches Namen, Alter, Stand, Heimath u. s. w. des Pfleglings, sowie Bemerkungen über die Zahlungsklasse u. s. w. enthält. Ueber den „gardes" steht ein „chef-garde", der ihre Thätigkeit controlirt und jeden Kranken alle 14 Tage besucht. Dass die Besuche gewissenhaft ausgeführt werden, lehrt ein Blick in die Büchlein. Die Aufseher beziehen einen Anfangsgehalt von 1200 Francs, steigen zweimal nach je 5 Jahren um je 100 Francs. Der Oberaufseher hat nebst Wohnung ein Gehalt von 1475, bezw. 1575, bezw. 1675 Francs. — Das gleiche Einkommen beziehen die Pfleger bezw. Oberpfleger der Infirmerie, welche „infirmier" bezw. „infirmier en chef" heissen und auch zur Krankenbegleitung von und nach der Familienpflege, sowohl bei Entweichungen zugezogen werden. Der Arzt besucht die chronisch Kranken monatlich einmal, die frischen Fälle nach Bedarf, mindestens aber wöchentlich einmal, in der Regel



in Begleitung des Oberpflegers wie eines Pflegers, welcher bei der Gelegenheit besondere Anweisungen betreffs jedes einzelnen Kranken empfängt.

Während im Anfang die „gardes" selber Familienpfleglinge hatten, ist dies seit einiger Zeit gänzlich abgeschafft. Es ist dies ein Gegensatz zu der Gheeler Einrichtung, wo bekanntlich alle Aufseher zugleich „nourriciers" sind. Ein weiterer Gegensatz zu Gheel ist der, dass an bewährte Pfleger nicht ein Diplom, sondern eine in jedem Fall besonders bestimmte Geldsumme auf Antrag des Directors von dem comité permanent bewilligt und aus der Kasse der Kolonie gezahlt wird. Dem Director sind noch ein Secretär, ein Empfänger und ein Oekonom nebst den erforderlichen Hülfskräften zur Ausübung der Verwaltung beigegeben; das Schreibwerk ist möglichst herabgesetzt, um dem Director ausreichend Zeit zur Ausübung seines eigentlichen Berufes, des Verkehrs mit den Pfleglingen und Pflegern, zu lassen.

Sämmtliche Verwaltungskosten einschliesslich der Gehälter werden aus den eigenen Einnahmen der Kolonie, die keinerlei Provinzialzuschuss bezieht, gezahlt. Die Infirmerie nebst den Beamtenwohnungen repräsentirt ein Kapital von 300000 Francs.

Die wallonische Kolonie in Lierneux ist also auch in wirthschaftlicher Hinsicht eine wohlgelungene Schöpfung, deren Besuch jedem für familiäre Irrenpflege interessierten Arzt und Verwaltungsbeamten überaus zu empfehlen ist. Denn hier wurde der unwiderlegbare Beweis erbracht, dass es zur Errichtung einer guten Familienpflege keiner traditionell vorgebildeten Bevölkerung bedarf, sondern dass es in geeigneter Gegend in verhältnissmässig kurzer Zeit möglich ist, viele Hunderte von guten Pflegestellen zu schaffen.



Ueber eine noch nicht beschriebene Form des Zwangsvorstellens, „Erinnerungszwang",

nebst Bemerkungen über die Krankheitseinsicht bei Zwangsvorstellungen.

Von *L. Löwenfeld*-München.

(Schluss.)

Wenn ich meine Erfahrungen bezüglich des Vorkommens der Krankheitseinsicht bei den Zwangsvorstellungen zusammenfasse, so erweist sich dieselbe von zwei Umständen abhängig: a) von der Art der Zwangsvorstellung, b) der geistigen Verfassung des Patienten.

a) Die Art der Zwangsvorstellung. Es liegt sehr nahe, dass das Krankhafte einer Zwangsvorstellung leichter erkannt wird, wenn deren Inhalt ein ganz absurder oder wenigstens den Denkgewohnheiten des Patienten fremder, als wenn derselbe anscheinend logisch ist und von den Denkgewohnheiten des Patienten sich nicht entfernt. Ein Patient meiner Beobachtung wurde Jahre lang von der ganz isolirten Zwangsvorstellung verfolgt, dass die Leute, welche die Feder beim Schreiben nicht in einer gewissen Weise halten, die er als die richtige erachtet, nicht so intelligent sein könnten als andere; der Patient gelangte, obwohl er geistig nicht sehr begabt ist, durch die Hartnäckigkeit dieser ganz absurden Vorstellung doch allmählich zu der Anschauung, dass bei ihm etwas Krankhaftes vorliegen müsse, was ärztliche Intervention erheischt. Ein anderer Patient meiner Beobachtung, ein jugendlicher Masturbant, mit Waschzwang und verschiedenen anderen Zwangshandlungen, litt u. A. an der Zwangsvorstellung, dass bei Verrichtung der natürlichen Bedürfnisse etwas an seinen Händen bleiben könne, wodurch er Andere anzustecken im Stande sei, daher der Waschzwang. Er erachtete diese Vorstellung durchaus nicht für krankhaft, sondern für wohl begründet und berief sich zur Vertheidigung derselben auf Mittheilungen, die ihm von ärztlicher Seite zu Theil geworden waren, und Angaben in populär-medicinischen Artikeln, die er gelesen hatte. Das häufige Waschen erschien ihm daher auch lediglich als Pflicht, die er der Menschheit gegenüber zu erfüllen habe, nicht als Folge eines pathologischen Zwanges. Wenn hier der blosse Anschein einer logischen Begründung den Kranken an der Erkenntniss der Krankhaftigkeit seiner Zwangsvorstellungen verhinderte, so ist es wohl begreiflich, dass in den Fällen, in welchen die Begründung der Zwangsvorstellung eine verständigere und natürlichere ist, häufig die Krankheitseinsicht mangelt. Bei den nosophobischen Zwangsvorstellungen sind es meistens krankhafte Gefühle oder Functionsstörungen, bei den Zwangsvorwürfen häufig wenigstens gewisse, in ethischer Beziehung nicht ganz einwand-



freie oder verschiedene Beurtheilung zulassende Handlungen oder Unterlassungen des Patienten, welche die betreffenden Vorstellungen anregen und denselben eine gewisse thatsächliche Grundlage geben. Hieraus erklärt es sich ganz einfach, dass Personen, welche in gesundheitlicher Beziehung ängstlich sind oder zu sittlichen Scrupeln neigen, Zwangsbefürchtungen oder Zwangsvorwürfe so vielfach durchaus nicht als krankhaft, sondern als durch die thatsächlichen Verhältnisse völlig begründet betrachten und mitunter auch der Aufklärung über die Zwangsnatur dieser Vorstellungen schwer zugänglich sind. Besonders erschwert wird den Patienten die Erkenntniss der krankhaften Natur ihrer Zwangsvorstellungen in den Fällen, in welchen dieselben lediglich als Ausfluss gewisser Charaktereigenthümlichkeiten erscheinen.

Eine mit verschiedenen Zwangszuständen behaftete Dame meiner Beobachtung leidet zeitweilig an der Zwangsvorstellung, dass sie ihren Bekannten in der einen oder anderen Weise lästig falle, und infolge dieser Vorstellung kann sie unter Umständen die geringfügigste Rücksichtnahme auf ihre Person, der Zwang, eine unbedeutende Gefälligkeit anzunehmen, für Tage in die peinlichste Unruhe, zeitweilig zu schweren Angstzuständen sich steigernd, versetzen. Die Dame betrachtet ihre Zwangsvorstellung als natürliche Folge ihres hochentwickelten Zartgefühls und ist auch der Belehrung über die krankhafte Natur ihrer Vorstellung nur wenig zugänglich. Auf der anderen Seite begegnen wir aber auch Fällen, in welchen der dem Charakter des Patienten fremdartige Inhalt der Zwangsvorstellung statt zur Erkenntniss der pathologischen Natur derselben seitens des Patienten zu der Annahme führt, sein Charakter habe sich in pejus verändert, er sei unsittlich, irrreligiös etc. geworden. Dieser Auffassung bin ich besonders bei sacrilegischen und sexuellen Zwangsvorstellungen begegnet.

b) Die geistige Verfassung des Patienten ist nicht nur insofern von Belang, als von derselben die Erkenntniss oder Nichterkenntniss der krankhaften Natur der Zwangsvorstellung mit abhängt, sie bedingt auch die Art der Krankheitseinsicht, wo sich solche findet. Die Erfahrung zeigt — und der im Obigen mitgetheilte Fall ist in dieser Beziehung besonders lehrreich —, dass bei den an Zwangsvorstellungen Leidenden die Krankheitseinsicht nicht immer in gleicher Weise entwickelt ist und man im Allgemeinen zwei Arten oder Stufen derselben antrifft. Ein Theil der Kranken erkennt zwar, dass in ihrem psychischen Zustande etwas Krankhaftes vorliegt, sie wissen jedoch dieses nicht näher zu unterscheiden oder zu deuten; sie fürchten namentlich bei vorhandenen Verstimmungszuständen oft, verrückt zu werden. Bei jugendlichen Individuen und sehr beschränkten Erwachsenen geht die Krankheitseinsicht nie über diese Stufe hinaus; häufig fehlt dieselbe jedoch hier gänzlich. Bei einem weiteren Theile der an Zwangsvorstellungen Leidenden finden wir das von Westphal angegebene Verhalten; sie erkennen nicht nur, dass in ihrem geistigen Zustande etwas Krankhaftes vorhanden ist, sie unterscheiden auch die Art der vorliegenden Störung. Die Eindringlingsnatur der Zwangsvorstellung entgeht ihnen nicht, und sie trennen dieselbe von ihrem normalen Bewusstsein. Diese Stufe der Krankheitseinsicht findet sich nur bei geistig völlig reifen und intelligenten Personen und auch bei diesen nur bei Mangel erheblicher gemüthlicher Erregung. Selbst intelligente Erwachsene sind in Zuständen psychischer Erregung, welche die Fähigkeit ruhiger Selbstbeobachtung beeinträchtigen, nicht in der Lage, den Zwangscharakter ihrer Obsessionen aufzufassen, wenn sie auch das Vorhandensein einer psychischen Störung wohl erkennen.

Bei unserem Patienten finden wir die beiden im Vorstehenden erwähnten Stufen der Krankheitseinsicht successive in den beiden Krankheitsperioden. Bei dem ersten Auftreten der Zwangserinnerungen stand der Patient noch im Knabenalter; er wusste sich damals die ihm ganz fremdartigen Erscheinungen in keiner Weise zu deuten, glaubte daher, verrückt zu werden, und ängstigte sich ungemein. Es bestand also hier eine gewisse Krankheitseinsicht, von einer Erkenntniss des Zwangscharakters der Erinnerungen und einer Sonderung derselben von dem normalen Bewusstsein war jedoch noch keine Rede. Bei der Wiederkehr des Leidens war Patient dagegen bereits erwachsen, ausserdem im Besitze einer gewissen medicinischen und psychologischen Bildung. Die Zwangsnatur der ihn belästigenden Reminiscenzen wurde ihm bei dieser zweiten Invasion sofort klar; infolge dieser Erkenntniss ängstigt er sich auch wegen seines geistigen Zustandes durchaus nicht; er wurde und wird nur immer zeitweilig durch das Sicheindrängen und Beharren der unerwünschten Erinnerungen peinlich berührt und verstimmt.

Ich muss aus räumlichen Rücksichten darauf verzichten, hier noch verschiedenes Andere, was sich über die Krankheitseinsicht bei den verschiedenen Arten der Zwangsvorstellungen und der Zwangs-



zustände überhaupt sagen liesse, zu berühren. Nur eine Bemerkung will ich mir noch gestatten. Die Zwangsvorstellung ist ein selbständiges psychisches Phänomen, die derselben gegenüber bestehende Krankheitseinsicht ein begleitender Umstand. Man wird zugeben müssen, dass die Gegenwart oder das Fehlen dieses begleitenden Umstandes an den Charakteren, welche der Zwangsvorstellung an sich zukommen, nichts ändern, die Anerkennung der Zwangsnatur irgend einer Vorstellung daher auch von diesem Umstande nicht abhängig gemacht werden kann.



Mittheilungen.

Das neue Statut für die kgl. württembergischen Staatsirrenanstalten.

Das der Nr. 18 des württ. Corr.-Bl. beigegebene neue Statut für die Staatsirrenanstalten enthält eine Reihe von Abänderungen gegenüber den seither gültigen Bestimmungen. Schon § 1 verleiht jetzt allen staatlichen Irrenanstalten den gleichlautenden Titel „Heil- und Pfleganstalt". Dementsprechend werden künftig auch die seitherigen reinen Pfleganstalten Zwiefalten und Weissenau zur Aufnahme heilbarer Kranker aus ihrer nächsten Umgebung berechtigt sein (§ 3). Indem jedoch das Kgl. Ministerium des Innern die Abgrenzung der Aufnahmebezirke sich vorbehalten hat,*) will es zugleich die seitherige Aufgabe dieser Anstalten, hauptsächlich die mit chronischen Geistesstörungen Behafteten zu verpflegen, erhalten wissen, ebenso wie den Anstalten Schussenried und Winnenthal der vorzugsweise Heilzweck gewahrt bleiben soll (§ 2). In seinem Interesse haben die letzteren jederzeit den erforderlichen Raum zur Aufnahme frisch Erkrankter zur Verfügung zu halten. Hier bleiben wie seither Idioten, Epileptiker und abschreckend entstellte Kranke ausgeschlossen, während Zwiefalten und Weissenau in erster Reihe die Kranken zu berücksichtigen haben, die für andere gefährlich oder anstössig, sowie der Gefahr der Verwahrlosung ausgesetzt sind. Indem Epileptiker bis auf Weiteres in erster Linie nach Weissenau verwiesen werden, wird zugleich die Aussicht eröffnet, dass für solche künftig in besonderer Weise gesorgt werden will. Wird es die Bevölkerung um Zwiefalten und Weissenau dankbar begrüssen, dass sie ihre frisch Erkrankten künftig nicht mehr an diesen Anstalten vorüber in weitere Ferne verbringen muss, so kann es auch für diese Anstalten selbst und für die an ihnen zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben nur förderlich sein, wenn nicht nur prognostisch ungünstige Krankheitsfälle dort zur Aufnahme gelangen können.

Ausführlicher als seither sind die Bestimmungen über die Beaufsichtigung und die Visitationen der Anstalten (§ 5). Es entspricht dies den Intentionen, die mit der Anstellung eines Landespsychiaters verfolgt worden sind. Wird gegen diese am wenigsten aus den Kreisen der Anstaltsärzte selbst viel eingewendet werden wollen, so erscheint die Zweckmässigkeit der Vorschrift, dass die Visitationen stets unvermuthet sein sollen, recht zweifelhaft, wie auch von Tippel in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie Bd. LIV, p. 380 ausgeführt worden ist. Neue Gesichtspunkte gegenüber der langjährigen Praxis enthalten die erweiterten Bestimmungen nicht.

Gekürzt wurden die Bestimmungen über die Obliegenheiten der Anstaltsbeamten, indem auf deren besondere Dienstvorschriften verwiesen wird. Schwer verständlich ist dabei die für die leitende Stellung des Directors gemachte Einschränkung, dass ihm auch der ökonomische Dienst der Anstalt unterstellt sein soll, „soweit derselbe auf die innere Ordnung des Hauses und die Krankenbehandlung einwirkt" (§ 6). Haben doch gemäss § 1 die Irrenanstalten die einzige Zweckbestimmung, der Behandlung und Verpflegung der Geisteskranken zu dienen. In welcher Hinsicht aber ihr ökonomischer Betrieb von diesem Zwecke und damit von der ärztlichen Oberleitung unabhängig sein soll, ist nicht abzusehen. Der einschränkende Zusatz kann unseres Erachtens nur dazu dienen, Competenzconflicte zwischen den Anstaltsbeamten zu schaffen. — Die in den letzten Jahren schon eingetretene bessere Versorgung der Anstalten mit ärztlichen Hülfskräften kommt in § 7 zum Ausdruck, wie auch im Schlusspassus des § 6, der bei etwaiger Verhinderung des Directors dessen Stellvertretung in der Regel (warum nicht immer?) dem dienstältesten Oberarzte überträgt. — Hinsichtlich der Seelsorge (§ 9) sind die seitherigen Vorschriften fast unverändert beibehalten worden und können als ausreichend bezeichnet werden. Bei den Aufgaben des Wartpersonals steht jetzt die Krankenpflege an erster Stelle, die früher von der Beaufsichtigung der Kranken eingenommen war (§ 10).

Der von den Aufnahmevorschriften handelnde Abschnitt II ist mehr als alle anderen umgearbeitet worden. Den württembergischen Staatsangehörigen und Armenverbänden bleiben billigerweise Vorzugsrechte eingeräumt (§ 11). Die erforderlichen Aufnahmebelege sind (§ 12) in gleicher Zahl und Reihenfolge aufgeführt wie bisher. Dabei ist jedoch als Grundlage für das gemeinderäthliche Zeugniss (Ziffer 2) nicht mehr wie seither die ausdrückliche Vernehmung aller möglichen und unmöglichen Personen über die Thatsache des gestörten

*) Jeder dieser Anstalten sind inzwischen drei Oberamtsbezirke reservirt worden.



Geisteszustandes vorgeschrieben und ist es schon statutarisch vorgesehen, dass seine Beibringung in unbedenklichen (?) Fällen nachgelassen werden kann. Die Beglaubigung der von nicht im öffentlichen Dienste stehenden Aerzten ausgestellten Zeugnisse (Ziffer 3) ist jetzt facultativ gelassen, während sie seither eigentlich obligatorisch gewesen wäre. Neu hinzugekommen ist die nicht unberechtigte Forderung, dass diese Zeugnisse zur Zeit der Einreichung des auf sie sich stützenden Aufnahmegesuches nicht mehr als vier Wochen alt sein dürfen, sowie dass aus ihrer Fassung ausdrücklich hervorgehen muss, dass sie zum Zwecke der Aufnahme ausgestellt worden sind. Ebenso ist mit Recht neu aufgenommen die Zulässigkeit von Zeugnissen ausländischer öffentlicher Irrenanstalten als Aufnahmebeleg für Geisteskranke, welche aus einer solchen in eine inländische Anstalt übernommen werden sollen. Die näheren Anhaltspunkte für die Abfassung der ärztlichen Zeugnisse in der Beilage zum Statut sind wesentlich erweitert worden. Zweckmässigerweise sind sie so gefasst, dass aphoristische Antworten auf langathmige Fragesätze thunlichst ausgeschlossen werden, vielmehr eine möglichst ausführliche Schilderung der ärztlichen Erhebungen, Beobachtungen und Befunde nahe gelegt wird, wie sie allein geeignet ist, dem Anstaltsarzte das für ihn Wissenswerthe ausreichend kund zu geben. Auf Stellung einer Diagnose durch den praktischen Arzt wird mit Recht ein entscheidender Werth nicht gelegt. — Die mit Ziffer 4 verlangte Zustimmungserklärung der Angehörigen war durch die Ministerialverfügung vom 5. Novbr. 1894 in einer Weise interpretirt worden, die, wenn sie wörtlich eingehalten werden wollte, zu den bedenklichsten Missverständnissen und Aufnahmeverzögerungen Anlass geben musste. Die jetzige Fassung bedeutet einen entschiedenen Fortschritt, indem sie für unzweifelhafte (?) Fälle alle billigen Erleichterungen gewährt, so dass die Schwierigkeiten bei Ermittelung weit zerstreuter Angehöriger, etwaige Unterschriftsverweigerungen aus grundloser Furcht, sich damit finanzielle Verbindlichkeiten aufzuladen etc., kein Hinderniss mehr dafür abgeben können, dass einem Kranken die für ihn nothwendige Fürsorge zu Theil werde.

Eine nicht unwesentliche Ergänzung der bisherigen Vorschriften bildet der völlig neue § 13, durch den die Modificationen des Aufnahmeverfahrens regulirt werden für Untersuchungsgefangene, die gemäss § 81 der Strafprocessordnung den Anstalten übergeben werden, für geisteskranke Militärpersonen und endlich für freiwillig eintretende Patienten. Dass letzteren nicht durch bureaukratische Formalitäten erschwert wird, die ihrem Krankheitszustande entsprechende Hülfe in öffentlichen Anstalten aufzusuchen, ist eine gewiss billige Forderung, deren Erfüllung mittelbar auch den unfreiwilligen Pfleglingen der Anstalt zu gut kommen wird, indem sie ihnen den Aufenthalt hier in anderem Lichte erscheinen lassen muss.

Vorläufige Aufnahmen durch die Direction sind für dringliche Fälle durch § 15 weiter erleichtert worden. Ausnahmsweise kann nämlich jetzt das ärztliche Aufnahmezeugniss auch von der Direction selbst ausgestellt werden bei Kranken, die der Anstalt unmittelbar zugeführt worden sind, und wenn die Beibringung der Zustimmung eines der nächsten Angehörigen oder des Vormundes nicht thunlich ist, kann auch ohne sie auf oberamtlichen Antrag und mit oberamtsärztlichem Zeugnisse über die Dringlichkeit der Aufnahme eine solche gestattet werden.

Die Bestimmungen des § 16 über die sicherheitspolzeiliche Einweisung von Geisteskranken in eine Anstalt gegen den Widerspruch ihrer Angehörigen sind in der Fassung der Ministerialverfügung vom 5. Novbr. 1894 unverändert beibehalten worden. Es ist ihnen nur ein Zusatz beigefügt worden, nach dem auch in diesen Fällen eine beschleunigtere Fürsorge für diese Kranken eintreten kann, ohne dass die Erledigung aller bureaukratischen Formalitäten immer erst abgewartet werden müsste. Ein wunder Punkt dieses Paragraphen wird die in Abs. 3 verlangte gemeinderäthliche Aeusserung bleiben darüber, ob nicht, und zutreffendenfalles in welcher Weise der Kranke ausserhalb einer Irrenanstalt untergebracht werden kann. — Ziff. III dieses Paragraphen hat einen Zusatz erhalten, durch den die unnöthige Fortdauer von polizeilichen Verfügungen verhütet werden soll, wenn sie durch das Fallenlassen des Widerspruches der Angehörigen gegenstandslos geworden sind.

Bei der Regelung der Verpflegungsgelder (§ 17) ist dem Medicinalcollegium eine etwas erweiterte Befugniss zu ihrer Ermässigung, wie auch zur Bewilligung sechsmonatlicher unentgeltlicher Verpflegung (§ 19) eingeräumt worden. Letztere kann in geeigneten Fällen auch eintreten, ohne dass die betreffenden Kranken in öffentlicher Armenfürsorge stünden, was nur anzuerkennen ist. Aufgehoben ist dabei die zum mindesten entbehrliche seitherige Bestimmung, nach der die Gesuche um Gratisverpflegung der Vermittelung des Oberamts bedurften.

Ueber die Einlieferung der Kranken handelt § 20, der durch einen inzwischen im Amtsblatt des Kgl. Ministeriums des Innern bekanntgegebenen Erlass vom 18. April 1899 noch vervollständigt wird. In diesem wird die Nothwendigkeit der Einholung von ärztlichen Verhaltungsmaassregeln für den Transport nach der Anstalt betont und angeordnet, dass ihm Begleitpersonen in genügender Anzahl, bei weiblichen Kranken wenn irgend möglich auch weiblichen Geschlechts beizugeben sind. Zwangsmaassregeln sind hierbei nur auf schriftliche ärztliche Anordnung zulässig. Für die Einhaltung dieser Vorschriften werden die zuständigen staatlichen und communalen Behörden verantwortlich gemacht; etwaige Zuwiderhandlungen sind die Directionen gehalten, zur Kenntniss des Kgl. Medicinalcollegiums zu bringen.

Wie überall, soweit dies angängig erscheint, die Aufnahme in die Irrenanstalt des Charakters einer



polizeilichen Maassregel zu entkleiden versucht wird, so kann auch von ihrer vorgeschriebenen Anzeige an die Bezirkspolizeibehörde (§ 21) in besonderen Fällen entbunden werden.

In Abschnitt III, der sich mit der Behandlung und Verpflegung der Kranken in den Anstalten beschäftigt, kommen die moderneren Anschauungen vor Allem dadurch zur Geltung, dass von der Anwendung von Zwangsmitteln, welche die heutige Psychiatrie überwunden hat, jetzt überhaupt nicht mehr die Rede ist. Ebenso hätte aber wohl ein ausdrückliches Verbot von Misshandlungen dem Statut fern bleiben können; seine einzig richtige und wirksame Stelle findet ein solches in den Dienstvorschriften und den Dienstverträgen für das Personal, worin jede Art von Misshandlung mit sofortiger Dienstentlassung zu bedrohen ist.

Wesentlich unverändert geblieben sind die Vorschriften über die Verköstigung (§ 24), die Salubrität (§ 25) und den gleichen Anspruch der drei Verpflegungsclassen an alle Heilmittel der Anstalt (§ 26); ebenso die Vorschriften über Besuche in der Anstalt (§ 27), auf deren liberale Zulassung Werth gelegt wird, die aber selbstverständlich in jedem einzelnen Falle von der Erlaubniss der Direction abhängig sein muss. — Neu angefügt ist diesem Paragraphen ein Passus, durch den die stets üblich gewesene bereitwillige Auskunftsertheilung über das Befinden der Pfleglinge an berechtigte Interessenten zugesichert wird. Selbstverständlich ist daneben alle erforderliche ärztliche Discretion zur Pflicht gemacht. — Die vorschriftsmässige Behandlung aller Beschwerden der Kranken ordnet der § 28 an.

Abschnitt IV handelt von der Entlassung der Kranken. War es ein Mangel des seitherigen Statuts, dass es die freilich selbstverständliche Entlassung der Genesenen gar nicht erwähnte, so ist dem jetzt in § 29 abgeholfen (wobei nur die Genesenen nicht mehr als Kranke bezeichnet werden sollten). — Auch ohne dass Genesung eingetreten wäre, können aber jetzt Anstaltspfleglinge vom Vormund oder den Angehörigen jederzeit zurückverlangt werden, solange die Verhältnisse nicht obwalten, die ein sicherheitspolizeiliches Einweisungsverfahren gerechtfertigt erscheinen lassen. Es ist insbesondere der seitherige § 26, der im Interesse der Sicherung des Heilverfahrens eine Zurücknahme in ungeheiltem Zustande vor Verfluss eines halben Jahres vom Zeitpunkt des Eintritts an von der Genehmigung der Aufsichtsbehörde abhängig machte, ganz in Wegfall gekommen. Dagegen ist den Directionen die Befugniss eingeräumt worden, eventuell eine Bescheinigung darüber zu verlangen, dass die Zurücknahme im Widerspruch mit der Ansicht des Anstaltsarztes und auf eigene Verantwortung der betreffenden Angehörigen erfolgt sei, eine Befugniss, die nothwendig erscheint schon mit Rücksicht auf § 832 des Bürgerlichen Gesetzbuches. — Den neuen Bestimmungen über freiwillig Eintretende müssen solche entsprechen über deren Wiederaustritt. Er wird ihnen jederzeit freigestellt, es sei denn, dass ihr Zustand Veränderungen erfahren hätte, die eine Fürsorge durch Andere, eventuell die Polizeibehörde, erheischen würden. In diesem Falle ist das vorgeschriebene reguläre, eventuell sicherheitspolizeiliche Aufnahmeverfahren entsprechend nachzuholen; bis zum Eintreffen der betreffenden Entscheidungen kann dann der Kranke in der Anstalt zurückbehalten werden. Die Entlassung Ungeheilter kann ferner wie seither verfügt werden bei ungenügender Erfüllung der Verbindlichkeiten gegen die Anstalt oder wenn — allgemeiner als bisher — das Anstaltsinteresse dies dringend erfordert (mit selbstverständlicher Ausnahme der aus sicherheitspolizeilichen Gründen zu verwahrenden Kranken). So kann insbesondere gemäss § 30 bei drohender Ueberfüllung einer Anstalt eine Evacuation von Pfleglingen, die der Anstalt nicht mehr unbedingt bedürfen, in Familienpflege, Kranken-, Siechen- oder Armenanstalten angeordnet werden.

In etwas allgemeinerer und zutreffenderer Fassung als seither ist auch vor der eigentlichen Entlassung die versuchsweise Beurlaubung vorgesehen mit halbjähriger, eventuell jähriger Gültigkeitsfrist. Bei innerhalb dieser Urlaubszeit notwendig werdender Wiederaufnahme soll jetzt, was bisher nicht verlangt war, womöglich die Rückfälligkeit ärztlich bescheinigt werden. Entlassung wie Beurlaubung sind, gemäss § 32 der Aufsichtsbehörde, der Bezirkspolizeibehörde und den Vertretern der Pfleglinge anzuzeigen. Etwa für nöthig erachtete ärztliche Rathschläge sind dabei an das Oberamtsphysikat zu richten.

Ein Schlussparagraph bestimmt, dass die Vorschriften bezüglich der Aufnahme und Entlassung auf die Staatspfleglinge der Privatirrenanstalten entsprechende Anwendung finden, und dass, wofür seither Anhaltspunkte fehlten, zu Versetzungen von Pfleglingen aus einer Anstalt in die andere die Zustimmung der Angehörigen nicht erforderlich ist.

Enthält so das neue Statut eine Reihe von Verbesserungen, die vom ärztlichen Standpunkte aus im Interesse der Kranken nur begrüsst werden können, so lässt es doch die Anstaltsbehandlung der Geisteskranken umgeben bleiben von allerhand bureaukratischen Formalitäten, die den Kranken niemals nützen können. Gar Vielen von denen freilich, die jede Aufnahme in eine Irrenanstalt der vom Richter erkannten Freiheitsstrafe an die Seite stellen zu müssen glauben, werden der Garantien gegen missbräuchliche Internirung viel zu wenig sein. Sie werden den Ruf nach einem Reichsirrengesetze nur noch lauter ertönen lassen. Für die Irrenärzte wäre ja nichts leichter, als stricte Befolgung der Paragraphen eines solchen, mag es Bestimmungen treffen, welche es wolle. Vorerst können sie aber nicht daran glauben, dass durch die Aufstellung von Rechtsgrundsätzen den Interessen der Krankenbehandlung besser gedient würde, als durch Anordnung geeigneter ärztlicher Maassnahmen nach Zweckmässigkeitsrücksichten von Fall zu Fall. Treten hierbei auch Misstrauen und Vorurtheile gegen die

Irrenanstalten immer wieder hervor, durch Gesetze und Verordnungen werden sie niemals aus der Welt geschafft werden. Sie können nur dem besseren Einblicke eines grösseren Publicums in die Leistungen dieser Anstalten allmählich weichen. Die ersten aber, die einen solchen zu gewinnen trachten müssen, sollen die praktischen Aerzte sein; sie haben ihn dann für weitere Kreise zu vermitteln. Damit sie aber hierzu im Stande seien, müssen sie sich psychiatrische Kenntnisse aneigenen, müssen sie die Stätten sich anschauen, wo diese praktische Verwerthung finden, und müssen sich auch vertraut machen mit den auf diesem Gebiete gültigen Gesetzen und Verordnungen!

— **Aus England.** Die beginnende und nicht attestirte Geistesstörung bildete den Gegenstand einer Audienz, welche kürzlich eine Deputation der British Medical und der Medico-Psychological Association bei dem Lordkanzler hatte. Die Deputation bildeten Douglas, Eastes, Mickle, Shuttleworth, Fletcher Beach, Blandford, Rayner, Savage, White, Williams, Fowke. Rayner führte aus, dass es bei jeder geistigen Erkrankung zwischen der intakten Gesundheit und der attestirbaren Geistesstörung eine Zwischenstufe gebe; die Deputation bäte, dass diesem Uebergangsstadium im Gesetz, ähnlich wie in Schottland, Rechnung getragen würde. Auf die Frage des Lordkanzlers, in welcher Weise dies in Schottland geschehe, theilte Rayner mit, dass in dem dortigen Irrengesetz eine Klausel bestehe, wonach ein Kranker zu vorübergehendem Aufenthalt auf ein blosses ärztliches Zeugniss hin ohne die Mitwirkung und Bescheinigung der Behörde in die Anstalt aufgenommen werden könne, mit der Bedingung, dass der Aufenthalt nicht länger als 6 Monate dauert. Dadurch kämen viele Kranke früh- und rechtzeitig in Behandlung und würde eine grössere Zahl von Heilungen gewährleistet. Blandford bestätigte, dass viele Angehörige es scheuen, ihren Kranken eine amtliche Bescheinigung der Geisteskrankheit zu erwirken, es vorziehen, sich mit denselben so lange es geht zu Hause zu behelfen, wenn sie diese nicht etwa nach Schottland oder nach dem Ausland schicken, um schliesslich erst, wenn das Leiden chronisch geworden ist, die Mitwirkung der Behörde in Anspruch zu nehmen. Savage weist darauf hin, welche geschäftlichen und socialen Nachtheile das Stigma der amtlichen Bescheinigung, Geisteskranker zu sein, bei heilbaren Fällen herbeiführe. Auf eine Frage des Lordkanzlers, ob die Deputation eine diesbezügliche Aenderung des Gesetzes wünsche, erwiderte Savage, dass man dies nicht beabsichtige, sondern nur eine Zusatzklausel vorschlage, ähnlich der im schottischen Gesetz, dass Kranke, die zwar als Geisteskranke attestirbar, aber nur vorübergehend geistig gestört seien, ohne amtliches Attest in Privat- oder Einzelpflege gethan und gehalten werden dürften. Der Lordkanzler zeigte sich diesem Vorschlag durchaus geneigt, nur hielt er die Zeit von 6 Monaten für zu lang; sie könnte kürzer bemessen sein und nach Umständen verlängert werden dürfen. Doch könnte er nicht der Ansicht beistimmen, welche die Intervention der Behörden als misslich hinstelle, oder den Versuch unterstützen, die Gewährleistung der persönlichen Sicherheit zu mindern; mag die öffentliche Meinung, dass viele Personen zu Unrecht in den Anstalten zurückgehalten werden, zutreffend sein oder nicht, die Beschränkung der Freiheit eines Individuums muss durch eine Behörde autorisirt werden. — Wenn das Publikum aus Scheu vor dieser gesetzlichen Bestimmung dieselbe zu umgehen sucht, so bleibe nichts übrig, als sie zu verschärfen. — Aber er werde nichtsdestoweniger versuchen, der berechtigten Ansicht der Deputation, welche die möglichst rechtzeitige Behandlung Geisteskranker erstrebe, Geltung zu verschaffen.

(Journ. of Ment. Science, April 1899.)

— Die Jahresversammlung der **Medico-Psychological Association von Grossbritannien und Irland** findet am 27. und 28. Juli in London in den Räumen der Gesellschaft, 11, Chandos Street, unter dem Vorsitz von Dr. J. B. Spence statt.

— **Aus Siebenbürgen.** Die Hermannstädter staatliche Heilanstalt für Geisteskranke (Belagraum 250 Kranke) wurde in diesem Jahre durch Erbauung eines Pavillons und zweier Siechenhäuser (für männliche und weibliche Kranke) erweitert.

Der Pavillon und die beiden Siechenhäuser entsprechen dem half open door system, während ein bereits vor einigen Jahren erbautes „Arbeiterhaus" der ganz freien Behandlung dient. Diese Gebäude sind sämmtlich ohne Fenstergitter, während die geschlossene Anstalt (das Hauptgebäude) mit Gittern versehen ist. Der Pavillon dient zur Aufnahme von männlichen Kranken besserer Stände (Pension).

Der Belagraum hat sich somit auf 320 Kranke gehoben, ist aber noch immer ungenügend, um den Bedarf der siebenbürgischen und der Nachbar-Comitate zu versehen. Demnach ist geplant, den Ausbau der Seitenflügel der geschlossenen Anstalt im nächsten Jahre zu bewerkstelligen, wodurch der Belagraum auf 500 Kranke gehoben würde.

Das ärztliche Personal besteht derzeit aus einem Director, einem Primär- und einem Secundärarzt; das administrative aus einem Verwalter, einem Controleur, einem Verpflegsofficial (eigene Regie) und einem Diurnisten. Es soll bei einem Krankenbestande von 320 noch ein Secundärarzt und bei einem Krankenstande von 500 noch ein administrativer Beamter angestellt werden.

Das Wartepersonal ist — wegen der Vielzahl der Abtheilungen, 11 geschlossene, 4 halboffene, 1 offene Abtheilung — in den 16 Abtheilungen mit 47 Kopf festgesetzt, ausserdem befassen sich 4 barmherzige Schwestern mit der Aufsicht der Verpflegung der Kranken, 5 Schwestern mit Küche, Wirthschaft und Waschhaus.



Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

— An die Stelle des bisherigen Assistenzarztes an der Anstalt Lindenhaus b. Lemgo, Dr. Steinhausen, ist Lemitze, früher Volontärarzt in Neu-Ruppin, getreten.

— In Wuhlgarten b. Berlin starb am 14. d. M. Dr. Paul Vogelgesang, Oberarzt der dortigen berlinischen Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische.

Bücherschau.

Aliénés méconnus et condamnés, par le Dr. Th. Taty. Marseille 1899.

Die Justiz vergeht sich laut Verfasser gegen Geisteskranke in dreifacher Weise: entweder sie vergisst es, den Geisteszustand des Angeklagten zu untersuchen, oder sie verweigert die Untersuchung, oder sie vernachlässigt ihre Ergebnisse.

Wenn auch die Zahl dieser Irrthümer mit der Entwicklung der Psychiatrie einerseits und den Zugeständnissen der Juristen andererseits constant abnimmt, so sind dieselben doch noch häufig genug, dass, nachdem einmal durch Parchappe (1865) die Aufmerksamkeit auf diese Dinge gelenkt war, zuerst Dr. Vingtrinier, Gefangenenarzt in Rouen, berichten konnte, dass in den Jahren 1835—52 unter 43 500 Angeklagten 265 geisteskrank waren, von welchen 176 entweder auf freien Fuss gestellt oder sofort an Irrenanstalten abgegeben wurden, die 89 übrigen aber ohne oder trotz ärztlichen Gutachtens gefangen gesetzt worden waren. Davon wurden 4 nachträglich für zurechnungsunfähig erklärt, einer endete mit Selbstmord, ein anderer wurde executirt und 19 sassen ihre Strafzeit im Gefängniss ab, allerdings meist in den Irrenabtheilungen, der Rest von 56 musste, meist wenige Tage nach Strafantritt, in Irrenanstalten wandern.

Anno 1891 citirt Dr. Pactet 35 Fälle von Verurtheilungen wegen Diebstahls, Vagabondage, Betrugs und Vergehens gegen die Sittlichkeit, begangen von Paralytikern, Paranoikern und Conträr-Sexualen. — Im Jahre 1892 bringt Garnier eine Statistik, nach welcher im Zeitraume von 1886—90 im Departement Seine jährlich 50 Verurtheilungen von Geisteskranken vorgekommen sind, zwei Jahre später beziffert Monod die Zahl der Verurtheilungen Geisteskranker im übrigen Frankreich während des gleichen Quinquenniums auf 271, sodass der Beweis erbracht ist, dass in Frankreich jährlich etwa 100 Geisteskranke des Schutzes des § 64 des Code pénal verlustig werden.

Uebergehend zu den Ursachen und zur Abhilfe dieser Uebelstände, bekämpft Verfasser zunächst den Grundsatz, nach welchem das Gesetz die geistige Integrität eines jeden Angeklagten voraussetzt. Dieses Princip soll fallen, zum mindesten im Strafprocessverfahren; 2. sollen die Juristen ausgedehnte psychiatrische Studien betreiben; 3. müssen dem Mediciner gediegene Kenntnisse in der Psychiatrie beigebracht werden, am besten unter dem Zwang obligatorischer Prüfungen; 4. muss jeder Angeklagte auf seinen Geisteszustand untersucht werden, was, wie der Autor am Beispiel Lyon nachweist, keineswegs zu den Unmöglichkeiten gehört.

In dieser letzteren Forderung, aber der wichtigsten von allen, sind gewisse gesetzliche Vorbedingungen enthalten, die am besten Dubief in seinem Gesetzvorschlage entwickelt hat, nach welchen kein Verhafteter, der wegen constatirter Geisteskrankheit Object einer Nichtigkeitserklärung wurde, kein Delinquent, dessen zuchtpolizeiliche Verfolgung wegen Geisteskrankheit sistirt wurde, und kein vom Kriegs- und Geschworenengerichte wegen Geisteskrankheit Freigesprochener auf freien Fuss gesetzt werden darf, sondern vor das Kreisgericht gestellt werden muss, welches im contradictorischen Verfahren eine neuerliche Untersuchung einleitet. — Bei erwiesener Geisteskrankheit hätten die Individuen in neu zu schaffende Specialasyle (asyles de sureté) zu wandern, die sie mit den im Gefängniss geistig Erkrankten und den in gewöhnlichen Irrenanstalten gemeingefährlich Gewordenen theilen würden.

Sollten trotzdem vereinzelte Fälle von Verurtheilung Geisteskranker vorkommen, so wird die Annullirung des Urtheils auf dem Appellwege und periodische Inspection der Gefängnisse durch Psychiater empfohlen, womit Verfasser seine nur auf französische Literatur fussende und nur für französische Rechtsverhältnisse berechnete Arbeit schliesst. Pagl-Feldhof.

Bidrag til Kundskab om Sindssygdomme hos danske Värnepligtige; af C. H. Würtzen. Nord. med. ark. N. F. IX. 30. 4. Nr. 12. 1898.

Aus den Untersuchungen, die W. auf Grund eines umfassenden Materials über die Geistesstörungen unter den Soldaten in Dänemark angestellt hat, ergiebt sich, dass das Militärleben wohl eine wesentliche Gefahr für den Ausbruch von Geistesstörungen in sich birgt, aber nicht die wirkliche Ursache dieser Störungen ist, die stets weiter zurück verfolgt werden kann. Die mit dem Militärdienst verbundenen Anstrengungen haben keine nennenswerthe Bedeutung für das Auftreten von Geistesstörung. Bei Weitem die meisten Befallenen waren disponirte Individuen, deren geringe Widerstandskraft aus der Kürze der Zeit zwischen der Einberufung und dem Ausbruche der Geistesstörung zu erkennen war. Die Prognose erwies sich für die während des Militärdienstes auftretenden Psychosen als besser als für parallele Fälle aus der Civilbevölkerung. Eine besondere Rekrutenpsychose liess sich nicht nachweisen. In einer so grossen Anzahl der Fälle liess sich feststellen, dass die Erkrankung ihren Grund in Prädisposition in Verbindung mit den Einflüssen der Entwicklungsperiode hatte, dass man die Psychosen der Soldaten wesentlich als Entwicklungs- und Pubertätspsychosen betrachten kann.

Walter Berger.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**

Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 13. 24. Juni 1899.

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal ℳ 4,—.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog No. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Kritisches zur Lehre der „moral insanity".

Von Oberarzt Dr. *P. Näcke* in Hubertusburg.

In den letzten Jahren hat das Interesse für die sogenannte moral insanity, bei uns wenigstens, merklich abgenommen. Nachdem ich vor Jahren drei darauf bezügliche Arbeiten (Näcke[1,2,3]) veröffentlichte und mit Anderen energisch für Ausmerzung dieser Bezeichnung, die keine specifische Psychose darstellt, aus der psychiatrischen Nomenclatur eingetreten war und dies kritisch begründet hatte, sind, meines Wissens, in Deutschland zu dem beregten Gegenstande nur zwei Arbeiten erschienen, die wirklich beachtenswerth sind. Ich meine die Untersuchungen von Berze[4]) und Müller[5]). Jene ist eine tiefgründige Psychologie der moralischen Defectzustände überhaupt und weist überzeugend

1) Näcke: Die sog. Moral insanity und der praktische Arzt. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1895, Nr. 13.

2) Näcke: Zur Frage der sog. Moral insanity. Neurologisches Centralblatt 1896, Nr. 11.

3) Näcke: Weiteres zum Capitel der Moral insanity. Ibidem, Nr. 15.

4) Berze: Ueber moralische Defectzustände. Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 1896.

5) Müller: Ueber „Moral Insanity". Archiv für Psychiatrie 1896, Bd. 31, Heft 1 und 2.



nach, dass solche psychologisch sich sehr verschieden erklären lassen. Müller dagegen bringt zwar nichts wesentlich Neues bei, giebt aber eine gute Darstellung der Geschichte der moral insanity, sowie ihrer klinischen Zeichen, Diagnose etc. Im Jahre 1898 endlich hat der „forensisch-psychiatrische Verein" zu Dresden[6]) sich mit dem gleichen Gegenstande beschäftigt, leider aber auch nicht einen einzigen neuen Gesichtspunkt entwickelt oder einen alten nur vertieft.

Hierbei möchte ich eine nicht ganz überflüssige Bemerkung mit einflechten, die eigentlich selbstverständlich erscheint, die aber nur zu oft missachtet wird. Bei dieser, wie bei jeder streng wissenschaftlichen Frage können entscheidend nur Diejenigen wirklich zu Worte kommen, welche selbst entweder eingehende Studien darüber anstellten oder wenigstens mit ihrer Literatur möglichst gut vertraut sind, am besten natürlich beide Erfordernisse vereinigen. Blosse Erfahrung, mag sie noch so gross sein, ist an sich nur rohes Material und allein nur von relativem Werthe. Dies erscheint natürlich, wenn man an die vielen Fehlerquellen denkt, wie Gedächtnissfehler, Erinnerungstäuschungen, besonders aber Suggestion, entstanden durch den mächtigen Eindruck eines besonderen Vorkommnisses und daher leicht unwissenschaftliche und falsche Verallgemeinerungen etc., Dinge, die schwer vermeidbar sind, wo nicht streng statistische und kritische Untersuchungen statt hatten.*)

Des Zusammenhangs halber ist es selbstverständlich, dass im Folgenden vieles Bekannte gestreift werden muss, zumal es praktisch erscheint, an meine früheren Arbeiten zu erinnern — gewisse Dinge prägen sich ja nur durch Wiederholung dem Leser ein! — sowie an die Ausführungen von Müller anzuknüpfen, um hier Einzelnes näher zu beleuchten, zu erweitern oder einzuengen. Besagter Autor will gleichfalls den Namen „moral insanity" fallen lassen und zählt das Krankheitsbild bald der Imbecillität, bald dem degenerativen Irresein zu, unter Zufügen des weiteren erklärenden Zusatzes: „mit dem Charakter sittlicher Entartung", da moralische Defecte hier eben das in die Augen Springende sind. Ich dagegen (Näcke 2) habe s. Z. alle Fälle sog. moral insanity in drei Hauptgruppen gebracht: 1. in die grösste des Schwachsinns, 2. in die der originären Verrücktheit, vielleicht besser die der Paranoide genannt und 3. in die verschwindend kleine Anzahl der moralisch Blöden im engsten Sinne, die mehr oder minder zu den Degenerirten (im Sinne Magnan's) gehören, wo man also weder Schwachsinn (oder dies nur in geringem Grade) noch früh auftretende, rudimentäre Wahnideen nachweisen kann.

Mit Recht schliesst aber Müller mit den Anderen alle erworbenen Psychosen aus, ferner organische Heerderkrankungen, schwere centrale Neurosen, chronischen Alcoholismus, Traumen etc., in deren Verlaufe bekanntlich secundär Zeichen von moral insanity auftreten können. Er sieht vielmehr mit den Meisten in der (primären) moral insanity eine „angeborene Infirmität", doch könnten „allenfalls dazu noch gezählt werden die Zustände, welche in früher Kindheit erworben wurden." Damit ist eigentlich schon gesagt, dass Heilungen hier nicht oder nur ausnahmsweise stattfinden können, Müller behauptet sogar, dass Ausgang in Heilung ausgeschlossen sei, giebt aber zu, Remissionen seien nicht selten „selbst auf Jahre durch passende Beaufsichtigung und Behandlung erreicht." Das Bild, welches er sodann des Eingehenden schildert, ist das eines ab ovo bestehenden hochgradigen pathologischen Charakters: einer disharmonischen Enwickelung von Geist und Gemüth in ihren verschiedenen Bestandtheilen, auch oft des Körpers, nicht selten mit impulsivem Wesen und allerlei nervösen Störungen und stets mit grösster Selbstsucht gepaart, ferner als hervorstechendstes Merkmal moralische Defectuosität. Das Gesammtbild deckt sich sonach mit gewissen Formen der Degeneration, zumal erbliche Belastung meist besteht.

Es fragt sich jetzt: welches sind die Fälle, die zur Imbecillität, und welches die, welche zum „degenerativen Irresein" gehören? Fangen wir mit

---

6) Referat darüber in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie etc. 1898, p. 188 sq.

*) Daher das Unbefriedigende der meisten Discussionen bei Themen aus der praktischen Psychiatrie, wo Jeder glaubt, mitreden zu dürfen und sich hierbei fast allein nur auf den Eindruck verlässt, den er empfangen hatte; daher die grosse Meinungsverschiedenheit, die sich so oft ergiebt. Merkwürdig ist nur, dass hierbei den Wenigsten das Unwissenschaftliche eines solchen Verfahrens zum Bewusstsein kommt, während dieselben Leute sich wohl hüten werden, in mikroskopische und chemische Dinge sich einzumischen, wenn sie nicht speciell darin bewandert sind. Gerade in der Frage der praktischen Psychiatrie kann nur kritische Anwendung der Statistik und zwar in vergleichender Art als wissenschaftlich gelten. So wünschenswerth daher auch einzelne mitgetheilte Fälle sind, auch wohl der Eindruck, den ein erfahrener Psychiater über eine Sache gewonnen hat, so genügt dies an sich doch lange nicht, um allgemein gültige und wichtige Schlüsse zu ziehen.



letzterem an, so fällt es zunächst auf, dass der Ausdruck „degeneratives Irresein" durchaus kein eindeutiger ist. Bei Schüle (in seinem Lehrbuche) ist moral insanity identisch mit „degenerativem erblichen Irresein" und nur eine Unterform des „hereditären Irreseins". Krafft-Ebing wiederum subsummirt obiges Leiden mit anderen unter die „psychischen Entartungen". Müller gebraucht nun das Wort „degeneratives Irresein" offenbar im Sinne von „psychischer Entartung" oder „hereditärem Irresein". Schon aus dieser kleinen Probe ersehen wir die Unklarheit des Ausdruckes. Sie wird aber noch grösser, wenn wir das Adjectivum „degenerativ" näher betrachten, da der Begriff „Degeneration" zur Zeit ein noch sehr enger ist, wie ich dies neulich erst ausführlich darlegte.[7])

Wenn man auch an einer angeborenen Infirmität oder an einer sehr früh erworbenen Erkrankung festhält, so zerfällt doch Vieles, was die Einen in den Sammelnamen „moral insanity" zusammenfassen, für Andere in verschieden benannte Krankheitsformen, sobald der eine oder andere Zug mehr hervortritt oder hervorzutreten scheint, z. B. gewisse Fälle von Hysterie, Epilepsie etc. Manche Fälle insbesondere machen so sehr den Eindruck des Periodischen, dass die Diagnose: periodische Manie etc. in ihrer mildesten Form durchaus gerechtfertigt erscheint, wie Kleudgen[8]) schlagend durch seine Krankengeschichten nachwies, die sicher noch sehr vermehrt werden könnten, wenn näher zugesehen würde. Es kommt eben schliesslich auf Quantitätsunterschiede hinaus, sehr oft noch dazu subjectiver Art, ob wir von „moral insanity" oder von Hysterie, Epilepsie, primärer Verrücktheit sprechen wollen, sofern auch einige hysterische, epileptische etc. Zeichen da sind. Aber auch die Imbecillität, welche Müller sehr richtig mit anführt, gehört in eminentem Maasse zum „degenerativen Irresein" und hier ist es wieder nur ein vorstechender Zug, der Intelligenzdefect, der zur Benennung Anlass giebt.

Wir sehen also, wie sehr alle diese Namen verschieden sind, und doch haben sie alle einen gemeinsamen pathologischen Untergrund, auf welchem neben moralischem Defecte bald die, bald jene Eigenschaft hervortritt, die dann den speciellen Krankheitsnamen abgiebt, nach dem Grundsatze: a potiori fit denominatio, wobei freilich in ein und demselben Falle oft genug der eine Beobachter diese, der andere jene Eigenschaft als hervorstechend ansieht. So kann eventuell derselbe Fall zwei oder drei Namen tragen, mag auch das von Müller gezeichnete Krankheitsbild im Allgemeinen sich wiederfinden.

Würden wir also die Erfordernisse zur Diagnose „moral insanity" festlegen wollen, so könnten wir im Allgemeinen verlangen: 1. Nachweis des angeborenen „pathologischen Charakters" oder hochgradige Minderwerthigkeit, den Müller und Andere ja des Näheren beschrieben haben, wobei freilich noch weiter verlangt werden müsste, dass die pathologischen Züge bis auf den Moraldefect möglichst gleichmässig stark ausgeprägt seien, wenn auch in verschiedener Combination auftretend; 2. als einzig preminenten Zug: moralische Defectuosität.

Leider sind beide Voraussetzungen, wie ich in meinen früheren Arbeiten ausführlich darlegte, nichts weniger als einfach und fest umschrieben. In den höheren und höchsten Graden der Ausbildung sieht sie wohl auch der Blinde. Schwierigkeiten dagegen bieten die leichten und leichtesten Grade dar — und diese sind eben häufig genug —, welche nur unmerklich in das sogenannte Normale übergehen. Nur Optimisten und Phantasten dürften aber weiterhin behaupten, dass beim sogenannten normalen Menschen Charakter und Geist je harmonisch ausgebildet seien, wenn es nicht einmal der Körper ist. Charakter und Geist zerfallen in eine ganze Reihe von Componenten, die sicher nie gleichmässig ausgebildet sind, wie schon unsere grob psychologischen Untersuchungen erkennen lassen. Charakter und Geist bilden also nie eine Gerade von verschiedener Höhe, sondern eine gebrochene, curvenartige Linie. Nur wo letztere zu schroff gezackt ist, erscheint unserem blöden Auge ein Contrast und wir sagen: das ist ein pathologischer Charakter, ein unharmonisch ausgebildeter Geist. Daraus geht aber weiter hervor, dass der „pathologische" Charakter viel schroffere Zickzacklinien darbieten wird als der „normale". In jenem wird — um ein drastisches Beispiel zu gebrauchen — fast nie allein die moralische Defectuosität wie ein Chimborazo aus einem viel gewellten, aber ziemlich gleichmässigen und niedrigen Gebirge pathologischer

7) Näcke: Die sogenannten äusseren Degenerationszeichen bei der progressiven Paralyse der Männer etc. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 55. Daraus ist Abschnitt IV unter dem Titel: „Degeneration, Degenerationszeichen und Atavismus" im Archiv für Criminalanthropologie etc. 1899, Heft 2, erschienen.

8) Kleudgen: Ueber das sogenannte moralische Irresein (moral insanity). Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin 1896 (?).

Eigenschaften hervorragen, sondern neben ihr noch eine oder die andere, oder mehrere, vielleicht gleich hohen oder scheinbar gleich hohen Spitzen sich erheben, so dass es dann Geschmacksache ist, das ganze Gebirge nach der einen oder anderen Spitze zu benennen, mit anderen Worten: dasselbe Krankheitsbild eventuell bald so oder so zu taufen, wie es thatsächlich oft geschieht. Der pathologische Charakter, dessen Anfang erst über dem Durchschnitt des normalen beginnt, geht aber von leichtester Minderwerthigkeit bis zu den schwersten Graden, wie sie nicht selten gerade bei der moral insanity bestehen.

Um wissenschaftlich zu sein, ist zu verlangen, dass wir jeden Fall möglichst genau psychologisch, wo es geht, durch Experimente, auf die einzelnen Componenten des Charakters und Geistes hin untersuchen und noch sind z. Z. alle unsere psychologischen Methoden hier viel zu grob und ungenau. Immerhin geben sie uns schon werthvolle Aufschlüsse. Dies zeigen z. B. die schönen Untersuchungen von Toulouse[9]) über Zola. Dass solche Untersuchungen überaus mühsam sind, versteht sich von selbst, aber doch verlangt sie eine strenge Kritik. Blosse Umschreibungen, gewisse Schlagworte, wie sie in den gewöhnlichen Krankengeschichten vorkommen, sind ungenügend, immerhin die genaueren Krankengeschichten — leider haben wir deren nicht viele — noch werthvoll genug, faute de mieux. Aber alle solche Untersuchungen, nach streng psychologischen Methoden, haben erst dann wirklichen Werth, wenn solche zuerst an einer grossen Reihe sog. Normaler vorgenommen worden sind. Der Durchschnitt einer solchen Untersuchungsreihe könnte nachher für die betreffenden Eigenschaften als Standard gelten, vorausgesetzt, dass stets nur Personen gleichen Geschlechts, gleicher Rasse und gleicher Bildung u. s. w. miteinander verglichen werden, kurz gesagt: Personen gleichen Milieus. Man sieht, das ist z. Z. leider noch die reine Zukunftsmusik und trotzdem ist sie zu fordern.

Gerade für die Intelligenz sind aber solche Untersuchungen sehr nöthig, wie ich früher schon darlegte. Man weiss ja zur Genüge, wie verschieden hier oft die Ansichten sind. Was dem Einen noch normal erscheint, nennt der Andere schon schwache Intelligenz u. s. w.*) und die Abgrenzung von Imbecillität und Idiotie ist bekanntlich rein imaginär. Wichtig ist hierbei stets, was nur zu oft vergessen wird, dass die für verschiedene Lebensstellungen erforderte Intelligenz durchaus verschieden ist, dass z. B. für einen höheren Beruf ein bestimmter Intellekt unzulänglich und doch für einen einfachen noch gut sein kann. Deshalb stellte ich s. Z. (Näcke 2) den „psychologischen" Schwachsinn, gleich schlechte, unternormale Begabung, dem „pathologischen" gegenüber. Wichtiger aber vielleicht als quantitative Unterschiede des Intellects**) erscheinen qualitative, wenn sie ausgesprochener sind, also eine deutlich disharmonisch ausgebildete Intelligenz, die freilich am sichersten nur durch psychologische Experimente als solche sich erweisen lässt.

Aber auch bezüglich der Moral muss man ähnliche Untersuchungen vergleichender Art anstellen, vorher freilich erst fragen, was man unter „Moral" verstanden haben will. Und hier gehen, glaube ich, die Meinungen vielfach auseinander. Ich will hier nicht davon sprechen, dass die Moralbegriffe historisch sich entwickelt haben, auch jetzt noch sogar

9) Toulouse: Emile Zola, Paris 1896. — Derselbe Autor wird ähnliche Untersuchungen bald über den berühmten französischen Bildhauer Dalon veröffentlichen (mündliche Mittheilung).

*) Schon früher habe ich z. B. die verschiedene Auffassung des Intellekts einer und derselben Person durch Forel und Bleuler erwähnt (Näcke 2). Heute kann ich ein Gleiches von zwei noch berühmteren Männern berichten, von Garnier und Marandon de Montyel. Während jener nämlich (siehe Marandon de Montyel: le cas de Pierre-Marie Heroé, in Archives d'anthropologie criminelle etc. 1899, p. 121, speciell 140) vom Marie Heroé sagt: „..son discernement est faible ... c'est un être en somme assez borné..", findet dieser, der ihn lange genau beobachtet hatte, „qu'il n'a pas le discernement faible, il a même une intelligence supérieure à la moyenne du paysan breton.."!

**) Berze schreibt mir unter dem 15. December 1898 folgendermaassen: „... Unstreitig begegnen uns Fälle, bei denen der Schwachsinn — nehmen wir an, er sei da — jedenfalls nicht in einem solchen Verhältniss zur moralischen Defectuosität steht, dass wir letztere mit ersterem begründen können. Für viel wichtiger als die quantitativen Unterschiede der geistigen Befähigung halte ich die qualitativen Unterschiede. Ob wir nun die Unterschiede, welche eben eine moralische Defectuosität begründen, in allen Fällen dem Schwachsinn, also dem quantitativen Defect zuzurechnen berechtigt sind, scheint mir sehr fraglich. Es wäre überhaupt sehr nützlich, wenn einmal eine umfassende Darlegung publicirt würde, was denn unter Schwachsinn überhaupt zu verstehen ist..." In der That thäte eine solche Definition, die ausserdem von Allen acceptirt werden müsste, sehr noth. Ich brauche endlich wohl kaum noch darauf hinzuweisen, dass Bestehen von Schlauheit noch durchaus nicht gegen Schwachsinn spricht.

bei den civilisirten Völkern wenigstens bez. einiger Punkte nicht unwesentliche Differenzen bestehen, dass endlich die Ethik als solche noch nicht abgeschlossen, sondern in der Weiterentwickelung begriffen ist. Moral und Sitte verquicken sich ferner vielfach miteinander, und beide scheinen ursprünglich identisch zu sein, da Sitte zunächst nur „Nützliches" war; wir wissen ebenfalls, dass auch der Moral ursprünglich nur das Utilitätsprincip zu Grunde lag. Man muss vor allem, meine ich, eine „niedere" von einer „höheren" Moral trennen, d. h. das Wort: „niedere" nicht im Sinne von „schlecht", sondern von: Minimum von Moral, welches wir von jedem normalen, civilisirten Mitmenschen verlangen müssen. Bei dem Umfange des individuellen Moralcodex spielen aber natürlich Geschlecht, Rasse, Bildung u. s. f. eine grosse Rolle und selbst das Unterscheiden von „gut" und „böse", was ja den Grundbegriff der Moral abgiebt, ist keine so einfache Sache und es kann in concreto darüber noch mancherlei Meinungsverschiedenheit bestehen. Dass die Moral, wie das Gewissen an sich nichts Angeborenes sein kann, soll hier nur im Vorbeigehen bemerkt werden. Nur die Keime zur Entfaltung beider oder vielmehr zur Aufnahme und Ausarbeitung dieser Associations-Complexe, ausgedrückt als anatomisch-psychologisches Substrat, können angeboren, eventuell vererbt sein. Aber normalerweise fast liegt schon im Menschen neben dem Keime zum Guten auch der zum Bösen, wie schon die Bibel sagt: „Das Dichten und Trachten des menschlichen Herzens ist böse von Jugend auf". Sache der Erziehung und oft eine recht schwierige ist es, diese Keime niederzuhalten und die guten zu fördern.*)

Um die einfachsten moralischen Regeln, wie sie z. B. in den 10 Geboten niedergelegt sind, zu verstehen und als wahr zu erkennen, weil sie mindestens nützlich sind, dazu braucht die Intelligenz nicht einmal normal entwickelt zu sein*), sondern ein gewisser Grad von Imbecillität ist damit ganz gut verträglich, wie andererseits ein normaler, ja hoher Intellect nicht darnach zu handeln braucht, wenn damit grosse Ichsucht und Trieb zum Bösen verbunden sind.**) Immerhin wird Niemand den hohen Werth einer guten Intelligenz und Bildung zum weiteren Ausbau und zur Mithilfe bei der Bethätigung der Moralbegriffe verkennen wollen, wenn

*) Man kennt die grosse Neigung der Kinder zur Lüge, Grausamkeit, zur Ichsucht u. s. w., wenn die Lüge und Grausamkeit häufig auch nur den Schein davon tragen, es in Wirklichkeit aber nicht sind. Diese Keime, die kaum fehlen dürften, sind durch Erziehung nur meist niedergehalten, kaum je vernichtet. Wenn daher Nordau in seinem bekannten, vielfach anfechtbaren Buche: „Entartung" (Bd. II, pag. 70) sich dahin äussert: „Zu sagen, dass jeder Mensch im Geheimen eine gewisse Vorliebe für das Schlechte und Abscheuliche habe, ist eine Albernheit . . .", so ist dies gewiss nicht richtig. Jeder, der das hohe Interesse und den frenetischen Jubel der Zuschauer, nicht am wenigsten der Frauen, bei Stiergefechten, gefährlichen Produktionen am Trapez u. s. w., den Andrang bei Enthauptungen, zu Unglücksstätten u. s. w. gesehen hat, wird anderer Ansicht sein. Im Menschen lauert nur zu oft die „bête humaine", um bei günstiger Gelegenheit auszubrechen, wie namentlich die Psychologie der Menge darthut. Jeder ist, wie ich dies bei anderer Gelegenheit wiederholt betonte, bis zu einem gewissen Grade ein „latenter Verbrecher", der Eine natürlich mehr als der Andere. Bekannt genug ist, dass die Massen- und Parteimoral, wie auch die politische (siehe besonders die Engländer!) tief unter der individuellen steht, weil eben unter Suggestion und Affecten die bösen Neigungen, die bisher unbewusst vegetirten, an die Oberfläche treten und mit agiren. Man hat für obige These auch die Träume herangezogen, wo so häufig der Charakter des Träumens sich verschlechtert. Mag Vieles davon auch nicht ohne Weiteres auf das Hervortreten der bösen Keime über die Bewusstseinsschwelle deuten, so ist dies zum Theil gewiss wohl der Fall. Ganz ähnlich sehen wir ja auch jene Keime in körperlichen, besonders aber geistigen Erkrankungen üppig wuchern, wenn die hemmenden Centren durch das Leiden bei Seite geschoben wurden. Sind ja doch, wenn wir näher zusehen, die Psychosen hauptsächlich nur Weiterentwickelungen gewisser Charakterzüge im positiven oder negativen Sinne. Aus meiner langjährigen Erfahrung als Psychiater muss ich sagen, dass ich Fälle von totaler Umkehrung des Charakters unendlich selten sah. Solche Fälle beruhen wohl meist auf ungenügender Kenntniss des früheren Charakters. Namentlich zeigen Paralytiker meist sehr deutlich die Weiterführung ihres früheren Wesens, natürlich in Vergrösserung und Verzerrung. Auch der Paranoiker wird in den meisten — freilich nicht in allen! — Fällen ein argwöhnischer Mensch gewesen sein u. s. w. Gerade auf diese Charakterveränderungen durch Psychosen habe ich seit Jahren speciell geachtet und im Allgemeinen nur Obiges bestätigen können. Wo ganz neue Züge auftreten, sind sie wohl auf bisher latente Keime zurückzuführen.

*) Wenn manche moralisch Irrsinnigen sagen, sie sähen nicht die Nothwendigkeit der moralischen Anforderungen ein, so ist dies wohl nur Bravour; sie müssen dies einsehen, wenn sie nicht verblödet sind, und der beste Beweis dafür ist die Geschicklichkeit, mit der so Viele ihr böses Thun und Treiben zu entschuldigen wissen. Sie fühlen sich also schuldig, wenn sie es auch nicht direct eingestehen wollen!

**) Sehr classisch sehen wir dies bei den Kraftmenschen der Renaissance z. B. in Italien, an Lodovico il Moro, Cesare Borgia, Sigismondo Malatesta, Benvenuto Cellini etc. Man hüte sich aber, die Betreffenden ohne Weiteres als moralisch Blöde hinzustellen! Sie lebten in einer rohen, degenerirten Zeit und es lässt sich daher bei jenen Männern oft schwer entscheiden, was Anlage ist und was das Milieu bedingte.

ihn nicht böser Wille an dieser pädagogischen Wahrheit zweifeln lässt.

Das Erkennen der moralischen Grundbedingungen ist aber nur Nebensache, welches auch leichteren oder mittleren Imbecillen nicht schwer fällt. Das Schwierige liegt in der Ausführung der erlernten und als wahr erkannten Grundsätze. Was hindert nun dieselbe? Es ist in der Hauptsache oder meist mit einem Worte: die angeborene geringe Quantität oder perverse Qualität des Willens.

Normalerweise verlangen wir einen entsprechend ausgebildeten Willen, um das als wahr Erkannte auch durchführen zu können. Ist der Wille schwach angelegt, so ist dies nicht möglich, doch ist hier die Differentialdiagnose, ob der Wille wirklich ab ovo schwach war oder dies nur durch ungeeignete Erziehung wurde, und obgleich normal angelegt, nicht weiter gedeihlich sich entwickeln konnte, in concreto oft recht schwer zu führen. Letzteres besonders, da für andere als moralische Bethätigungen derselbe Wille, oder sagen wir lieber: die Zielvorstellungen, auch normal stark sein können. Oder endlich — und das ist der schlimmere Fall —, es handelt sich um einen perversen Willen, wenn dieser nämlich gegen besseres Wissen und oft auch Wollen,*) den falschen Pfad einschlägt. Er kann dann selbstverständlich mit hoher Intelligenz gepaart sein. Aber auch hier ist der angeborene perverse vom künstlich pervers gemachten Willen schwer oder gar nicht zu unterscheiden.

Es ist nun klar, dass gerade in den sogen. „degenerativen Zuständen", zu denen ja die moral insanity gehört, der Wille meist abnorm, besonders pervers angelegt ist, ebenso wohl auch der Intellect selbst. Wie ich schon früher einmal ausführte, kenne ich sicher nur einen einzigen Fall aus der Literatur, und zwar den von Bleuler, wo der Intellect wirklich intact zu sein schien. Normale Intelligenz in ihrem vollen Umfange bei Fällen sog. moral insanity wäre also noch zu beweisen, trotz allen gegentheiligen Behauptungen.

In Fällen von mehr reiner Imbecillität, wie auch in solchen von sog. moral insanity im engeren Sinne, d. h. also ohne oder nur mit geringem Schwachsinn, kann man nun active und passive Naturen unterscheiden. Die Letzteren sehen das Richtige wohl ein, aber sie richten sich nicht darnach, weil die Zielvorstellungen, die Aufmerksamkeit, Gefühlsbetonung etc. zu schwach sind oder der Egoismus zu gross ist. Sie schaden sich und Andern nicht direct, nur indirect, besonders durch Unterlassungen. Bei den activen Naturen aber muss man wieder harmlosere von gefährlichen Elementen trennen. Jene treiben nur allerlei Schabernack, Kindereien, lügen, phantasiren etc. Diese dagegen werden dadurch gefährlich, dass sie direct Andere durch ihr Treiben schädigen und nicht am wenigsten sich selbst; sie können geradezu Verbrecher werden. Hier ist wohl auch ein hoher Grad von Selbstsucht und manches Andere noch mit im Spiele, scheinbar mehr aber, sehr oft wenigstens, ein angeborener Trieb zum Bösen, oft wider besseres Wollen. Ueber das Verhältniss dieser Kategorie zum Gewohnheitsverbrecher, dem „geborenen" Verbrecher Lombroso's, habe ich früher ausführlich geschrieben (Näcke 3), will daher diesen Punkt hier nicht weiter berühren.

Zur Erweiterung des früher Postulirten werden wir also jetzt sagen können, dass nur diejenigen Imbecillen und diejenigen Degenerirten, welche activ, besonders aber gemeingefährlich sind, indem sie Sitte und Moral verletzen, zur sog. moral insanity gezählt werden können. Das Hauptgewicht liegt also hier im verkehrten, sogar gefährlichen Handeln, das nur zu oft den Eindruck des Zwangsmässigen, Triebartigen macht. Letzteres sieht man namentlich dann, wenn das böse Treiben periodisch auftritt, ferner vielleicht auch darin, dass die Thäter sich selbst schaden, wie sie sehr wohl wissen, endlich, dass sie den Trieb öfters als Zwang empfinden, wie mir z. B. erst kürzlich Einer sagte. Diese Genese scheint mir häufiger zu sein, als der von Berze geschilderte Mechanismus, der freilich auch einem Zwange sehr nahe kommt. Festzuhalten ist jedenfalls, dass der blosse Egoismus allein zu solchen Thaten gewiss nur selten führen wird.

Die Frage aber, ob es nöthig ist, auch für

*) Ja man dürfte wohl sagen, dass das Wollen des Bösen eigentlich schon einen Defect der Intelligenz involvirt, da man sich ja dadurch am meisten selbst schadet, also unlogisch handelt. Gut sein, gut handeln, heisst aber nur gemäss der Logik leben. Bekannt ist aber freilich, dass die Affecte meist stärker sind als die Vernunft. Wenn manche Bösewichte eine grosse Genugthuung empfinden, andern zu schaden und ihren eigenen, durch die That entstandenen Schaden nur gering achten, so liegt dem von ihrem Standpunkte aus freilich auch eine Art von Logik zu Grunde, doch eine falsche, perverse, da hier der souveräne Selbsterhaltungstrieb schwer geschädigt erscheint.



diese Fälle den Namen „moral insanity" beizubehalten, wird mit Recht von den Meisten jetzt verneint, da alle hierher gehörigen Fälle sich ungezwungen in andern Rubriken unterbringen lassen, eventuell unter Zufügen des von Müller vorgeschlagenen Zusatzes: „mit dem Charakter sittlicher Entartung." Freilich werden auch dann noch hier und da Willkürlichkeiten vorkommen, indem z. B. der Eine einen bestimmten Fall mehr der Imbecillität, ein Anderer der periodischen Manie etc. zuzählt. Das thut aber nichts, da der Leser nach der genauen Geschichtsbeschreibung selber entscheiden wird, wozu er den betreffenden Fall rechnen will. Immerhin ist dies Verfahren rationeller und wissenschaftlicher, als alles Mögliche in den grossen Topf der moral insanity zu werfen, was bloss für Denkfaule und Unerfahrene gut ist.

Müller giebt nun 6 Punkte für die Diagnose an; als ersten den Nachweis der von Jugend auf bestehenden Anomalie. Das ist sicher für die meisten Fälle auch zutreffend. Doch giebt es auch solche, wo die charakteristischen Zeichen erst in den späteren Kinderjahren oder gar bloss zur Zeit der Pubertät zu Tage traten oder besonders deutlich wurden. Auch diese Fälle muss man hierher rechnen, da sicher die Keime dazu angeboren oder sehr früh erworben wurden. Zwei von mir beobachtete Fälle gehören hierher, von denen der eine von mir schon früher mitgetheilt wurde (Näcke 1). Meist handelt es sich hier um schwer belastete Menschen mit leichten Defecten des Intellects, bei denen das Triebleben erst später durch unbekannte Ursachen oder durch die Geschlechtsreife vorherrschend wurde.

Müller verlangt weiter den Nachweis auch von körperlichen neben psychischen Stigmata, besonders am Schädel. Sicher hat er bis zu einem gewissen Grade Recht, doch scheint er diese Zeichen zu überschätzen. Inbesondere habe ich kürzlich (Näcke 7) nachzuweisen gesucht, wie vorsichtig man sogar bei der Beurtheilung von Schädelabweichungen sein muss und dass man zu frühen Nahtschluss, Synostosen überhaupt, am Lebenden zwar vermuthen, wohl aber nie sicher nachweisen kann. Blos extreme Gestaltsveränderungen am Schädel- und Gesichtsskelette sind wichtig, an zweiter Stelle dann die an den Geschlechtstheilen.

Wenig bekannt ist, wie Ledig[10]) nachzuweisen versucht, dass die Frage, ob ein moralisch Irrsinniger straffrei im Sinne des § 51 ist, bisher vom Reichsgericht endgültig nicht entschieden wurde. Nur im Falle Schneider hatte das Reichsgericht 1897 ohne Weiteres erklärt, dass moralisches Irresein auf obigen Paragraphen nicht anwendbar sei, und zwar deshalb nicht, weil die damaligen Sachverständigen den Zustand der sog. moral insanity als einen andern Menschentypus, nicht aber als einen krankhaften Typus, bezeichnet hatten. Man wird den Entarteten oder schwach Imbecillen nicht ohne Weiteres für unzurechnungsfähig erklären, oder höchstens nur für vermindert zurechnungsfähig. Moll (l. c. pag. 681) bemerkt richtig, man werde annehmen müssen, „dass thatsächlich zwar der Entartete mitunter keine Anpassungsfähigkeit besitzt, dass aber der Verlust der Anpassungsfähigkeit kein absoluter, dass er vielmehr bei dem einen Entarteten für diese, beim andern für jene Funktion besteht," womit wir dann verminderte Zurechnungsfähigkeit aussprechen können. Erst dann tritt bei einem Falle von sog. moral insanity (im engeren Sinne) Unzurechnungsfähigkeit ein, wenn die Handlung im geistesunfreien Zustande geschah, was in concreto dann bewiesen wird, wenn der Trieb dazu nicht zu unterdrücken war. Dies zu erweisen, ist aber natürlich nicht immer leicht, zumal die Differentialdiagnose zwischen angeborenen und erworbenen Zuständen von moral insanity bei der häufig fehlenden oder mangelhaften Anamnese eine recht schwierige ist, ferner auch das Milieu den angeborenen Zustand verschlimmern oder umgekehrt latent erhalten kann. Finden sich aber weitere psychische Anomalien vor, wie z. B. deutliche oder rudimentäre Wahnideen, Zwangsideen, Sinnestäuschungen etc. als Grund zur That, so ist der Nachweis der Krankhaftigkeit und somit der Unzurechnungsfähigkeit leicht zu erbringen. Handelt es sich dagegen mehr um eine blosse Minderwerthigkeit, einen pathologischen Charakter, der also keiner recht charakterisirten Form der Psychose angehört, so bewegt sich der Träger desselben noch auf dem „borderand" und ist zurechnungsfähig, höchstens etwa vermindert. Auch geringe Imbecillität ändert daran nichts, wohl aber höhere. Ist hier aber ein Trieb zum Bösen, ein förmlicher Zwang dazu nachweisbar, dann tritt sicher Unzurechnungsfähigkeit ein. Nun ist natürlich den Angaben des Betreffenden wenig zu trauen bezüglich Unterdrückbarkeit dieses Triebes oder Nichtunterdrückbarkeit. Wichtig ist dann hier besonders periodisches An- und Ab-

10) Bei Moll: Untersuchungen über die libido sexualis. Berlin 1898, pag. 736.



schwellen des verkehrten Handelns und oft auch der Stimmung, was ziemlich häufig zu geschehen scheint. Diese ganz reinen Fälle von pathologischem Charakter ohne oder mit nur minimaler Intelligenzstörung, dagegen mit meist triebartigem Willen zum Bösen, sind aber, ich wiederhole es, sehr selten, häufiger dagegen die Paranoiden, wie ich sie nannte (Näcke 2) — der Ausdruck rührt ursprünglich von Leppmann her —, am häufigsten endlich die Imbecillen. Wir müssen aber noch eine grosse Menge guter Krankengeschichten haben, um das Verhältniss dieser drei Hauptarten zu einander zu fixiren, namentlich um zu sehen, wie oft die moral insanity im engsten Sinne vorkommt. Nicht weniger nöthig wären aber solche genaue Darstellungen auch bezüglich des Verlaufs, der allein einen Schluss auf Heilungs- oder Besserungsfähigkeit zulassen würde. Es scheint, dass derselbe oft ein recht merkwürdiger und verwickelter ist. Hier giebt es also noch viel zu thun!

Bei der Therapie kommt es vor Allem darauf an, ob wirklich ein Trieb zum Bösen besteht oder nicht und ob ersterer immer oder nur zeitweise auftritt. Stumpft sich die Reizbarkeit und der verkehrte Trieb allmählich ab, besonders aber, wenn deutliche Remissionen vorkommen, dann kann man Besserung erhoffen, vielleicht sogar Heilung. Fraglich bleibt nun, ob Erziehung und Behandlung selbst hier fördernd eingreifen und die Natur unterstützen können. Es scheint aber so und dafür spricht auch meine Erfahrung. Ich muss aber Müller Recht geben, wenn er die Irrenanstalt hierzu für wenig geeignet hält. Besser ist eine Privatanstalt, ein Besserungshaus oder endlich eine strenge, fremde Familienobhut, etwa bei einem Landgeistlichen. Jedenfalls ist neben strenger religiöser Erziehung eine geordnete Arbeit, besonders im Freien, also auf dem Lande, sehr zu empfehlen. Dadurch und durch entsprechende Diät lässt sich vielleicht ein günstiger Einfluss auf die Gehirnernährung und -entwickelung ausüben und hoffen, dass die Theile, welche das Triebleben hemmen — nach Meynert'scher Auffassung der Cortex gegenüber den Basalganglien — sich allmählich mehr ausbilden und so schliesslich eine Besserung, sogar vielleicht einmal eine Heilung des krankhaften Zustandes zuwege bringen, auf der andern Seite aber die schwachen Keime zum Guten, die auch hier sicher nie ganz fehlen werden, sich weiter entwickeln. Wo aber nichts hilft, da bleibt nur übrig, solche undisciplinirbare Elemente eventuell dauernd in eigene Anstalten zu bringen, die ein Zwischending von Irrenanstalt und Gefängniss sind, wo also neben psychiatrischer Behandlung eine entsprechende Strenge, wie sie in der Irrenanstalt nicht möglich ist, herrscht. Dorthin würden auch gewisse Imbecille, Alkoholisten und ein Theil der irren Verbrecher*) untergebracht werden können.

*) Für das Gros derselben aber, die durchaus kaum schlimmer sind als die übrigen Irren, würde, so lange sie nicht in eigenen Adnexen zu Strafanstalten oder — weniger gut — in eigenen Anstalten Unterkommen finden, die gewöhnliche Irrenanstalt eintreten, wo sie bei richtiger Verteilung und nicht zu grosser Anzahl im Allgemeinen nicht oder nur wenig stören.



Beitrag zur Statistik der allgemeinen progressiven Paralyse (Dementia paralytica).

Aus der psychiatrischen Klinik des Herrn Professor Hjertström zu Stockholm.

Von Assistenzarzt *Frey Svenson.*

Der Zweck dieses Aufsatzes ist, ausser Mittheilung einiger allgemeiner, aus den Jahresberichten*) der Oberdirection für Schwedens Irrenanstalten entnommenen Ziffern betreffend die Dementia paralytica, einen hauptsächlich statistischen Bericht über die Fälle dieser Krankheit zu erstatten, welche von 1881 bis 1897 in der Stockholmer Irrenanstalt Aufnahme gefunden und zur Behandlung gekommen sind. Professor F. Björnström hat über die Fälle aus den Jahren 1861—1880*) eine kurz gefasste Statistik mitgetheilt und es dürfte daher eine Fortsetzung nicht unberechtigt sein. Dass die besprochene Periode nicht genau zwei Jahrzehnte umfasst, dürfte von keinem wesentlichen Nachtheil sein,

*) Bericht (1881—1896) der Oberleitung der Irrenanstalten Schwedens.

*) F. Björnström: Einige Ziffern über Dementia paralytica. Hygiea 1883.



besonders da die Anzahl der Fälle schon doppelt so gross ist als die, welche dem oben erwähnten Autor zur Verfügung standen.

Ich benutze hier die Gelegenheit, dem Oberarzt Herrn Professor E. Hjertström und dem zweiten Arzt der Anstalt Herrn Dr. E. Fagergren meinen Dank dafür auszusprechen, dass sie mir gütigst das Material überlassen und freundlichst Auskunft und Rath ertheilt haben.

In den Jahren 1881—1896 (der Jahresbericht für 1897 liegt beim Niederschreiben dieses nicht vor) sind in sämmtliche Irrenanstalten in Schweden zusammen 13 404 Patienten, 6994 Männer und 6410 Frauen aufgenommen worden. Von diesen litten 577, nämlich 493 Männer und 84 Frauen, an Dementia paralytica. Also war von 23 Geisteskranken einer mit Dementia paralytica behaftet, oder nach den verschiedenen Geschlechtern von 14 Männern und 76 Frauen je einer. In Procent ausgedrückt macht dies zusammen 4,3 %, gesondert dagegen 7 % bezw. 1,3 %. Mendel*) giebt nach Guttstadt an, dass in Preussen 1876 von allen Aufgenommenen 16,36 % der Männer und 3,66 % der Frauen paralytisch waren. Diese ca. zwei- bis dreimal so grossen Ziffern sind natürlich nicht mit denen für unser Land vollkommen vergleichbar, denn die Ziffern können während eines gewissen Jahres bedeutend höher sein als für mehrere Jahre zusammen. Aber auch dann, wenn man die für ein hohes Procent günstigsten Ziffern — das Jahr 1882 mit 588 Aufgenommenen, wovon 43 Paralytiker — mitzählt, erhält man doch für unser Land eine Zahl, welche noch nicht die Hälfte von der erreicht, welche Guttstadt angiebt. Da kein Grund für die Annahme vorliegt, dass bei uns eine grössere Anzahl anderer Formen von dieser Geisteskrankheit die wirkliche Thatsache maskirt, dürfte man meinen können, dass wir eine verhältnissmässig geringe Anzahl solcher Kranker haben. In Frankreich**) waren 1874 von den Aufgenommenen 19,97 % der Männer und 8 % der Frauen paralytisch. Von den übrigen Ländern habe ich nur aus einigen wenigen Anstalten Ziffern erhalten können, welche natürlich nicht mit diesen zu vergleichen sind.

Professor Björnström giebt an, dass in den Jahren 1861—1880 in Schwedens sämmtlichen Anstalten 147 Männer und 19 Frauen gestorben sind, welche an Dementia paralytica litten. Diese Todesziffer, welche nur um einige zwanzig die an derselben Geisteskrankheit in der Stockholmer Anstalt erfolgten Todesfälle während der 17jährigen Periode übersteigt, welche hier näher behandelt werden soll, ist natürlich nicht mit der Summe der in einer andern Periode Aufgenommenen zu vergleichen. Die Niedrigkeit der Ziffer im Verhältniss zur Aufnahmeziffer, mit welcher wir zu rechnen haben, lässt wohl eine Zunahme der in die Anstalten aufgenommenen paralytischen Patienten ahnen, giebt aber keinen bestimmten Aufschluss darüber. Ich habe daher aus den Jahresberichten*) der Oberdirection einige Ziffern genommen, um zu versuchen zu zeigen, wie es sich hier in Schweden mit der Zunahme dieser Krankheit verhält. Während der Jahre 1861—1880 (mit Ausnahme von 1878, für welches Jahr der Bericht im Archiv der Anstalt fehlt, was gewiss nicht viel auf das Resultat einwirkt) wurden in sämmtliche Heilanstalten 6807 Patienten (3448 Männer und 3359 Frauen) aufgenommen. Von diesen waren 202 (182 Männer und 20 Frauen) paralytisch, also 3 % von allen, 5 % von den Männern und 0,6 % von den Frauen. Vergleichen wir diese Ziffern mit den obengenannten für die 80er und 90er Jahre, so können wir eine Zunahme von bezw. 1,3, 2 und 0,7 % constatiren. Relativ hat also die Zahl der paralytischen Frauen in den Anstalten um mehr als das Zweifache zugenommen gegen die der Männer. Folgende Ziffern bringen näher zur Anschauung, wie diese Zunahme erfolgt ist.

Von der ganzen Patientenzahl waren Paralytiker:

Tabelle I

	Männer	Frauen	zusammen
während der 60er Jahre	5 %	0,95 %	3 %
„ „ 70 „ „	4,8 %	0,4 „	2,6 %
„ „ 80 „ „	8,3 „	1,4 „	5 „
„ „ 90 „ „	6 „	1,1 „	3,6 „

Die 70er Jahre zeigen also im Verhältniss zu den 60er Jahren eine Abnahme, besonders in Bezug auf die weiblichen Paralysen, die 80er Jahre dagegen zeigen eine bedeutende Zunahme und das gegenwärtige Jahrzehnt wiederum eine Abnahme, doch nicht bis zu den Ziffern der 60er Jahre. Woher der plötzliche Anstieg in den 80er Jahren kommt, ist schwer zu sagen. Die einzige Thatsache, welche

*) Mendel: Die progressive Paralyse der Irren. Eine Monographie. Berlin 1880.

**) Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 36. Bericht über den internationalen Congress zu Paris 1878.

*) Beitrag zur officiellen Statistik Schwedens, K. II, 1861—1880.



dabei angedeutet werden kann, ist die, dass zu dieser Zeit eine grössere Anzahl Patienten in die Anstalten aufgenommen werden konnte, als dies früher möglich gewesen wäre. Damals wurden im Durchschnitt jährlich 677 Patienten aufgenommen, während das vorhergehende Jahrzehnt eine Durchschnittszahl von nur 391, also nicht viel mehr als die Hälfte zeigte. Indessen wäre es wahrlich merkwürdig, wenn eine grössere Patientenanzahl auch ein grösseres Procent Paralytiker zeigen sollte; vollständig unerklärlich ist dies aber nicht, denn diese Patienten sind ja im Allgemeinen aus verschiedenen Gründen recht schwer zu pflegen und müssen deshalb in grosser Ausdehnung Anstaltsbehandlung erhalten.

(Fortsetzung folgt.)



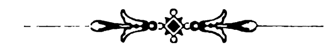
Nachruf.

Am 12. Juni 1899 starb nach längerem schweren Leiden der Oberarzt der Anstalt Wuhlgarten, Dr. Paul Vogelgesang.

Geboren den 11. Mai 1857 zu Berlin, besuchte er die Schulen der Grossstadt, studirte auch zum grössten Theil hier, erwarb 1882 den Doctortitel und bestand im folgenden Jahre die ärztliche Staatsprüfung. Bald darauf (12. März 1884) trat er in Dalldorf als Volontärarzt ein, und damit war ihm die weitere Laufbahn vorgezeichnet, aus der er, nachdem er erst wenige Jahre eine befriedigende Stellung erlangt hatte, früh abgerufen werden sollte. Mit Veröffentlichungen ist er nicht besonders hervorgetreten. Seine Untersuchungen über Cannabinon (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, B. 42, S. 34) und die Serumbehandlung der Epilepsie (Allg. Zeitschr. f. Psych., B. 53, S. 624) gab er im psychiatrischen Verein zu Berlin bekannt. Er war mehr ein stiller Arbeiter, der in seinem Beruf der praktischen Thätigkeit für die Kranken und die Anstalt aufging. Leider schon frühzeitig, als er noch in Dalldorf Assistenzarzt war, musste er an sich selbst die schweren Zeiten schmerzhafter Krankheit durchmachen, und das drohende Verhängniss des durch einen Gelenkrheumatismus erzeugten und durch dessen wiederholte Rückfälle verschlimmerten Herzfehlers mit recht unangenehmen Begleiterscheinungen lastete auf ihm, so lange er im Amte war. Nichtsdestoweniger liess er sich in seiner Berufsfreudigkeit nicht stören und war auch in der Geselligkeit heitern und wohlgelaunten Wesens. So fand er auch, da er sich mehr für sich hielt und ledig blieb, in seinem Heim, so lange die Mutter bei ihm war, die in der Liebe und Sorge für ihn aufging, volles Genüge. Kaum fing er an, den Schmerz um deren Dahinscheiden zu verwinden, als ihn selbst die Krankheit heftiger anfasste und ihn, nachdem sie ihm eine lange und schwere Geduldsprüfung auferlegt hatte, endlich, ihm zur Erlösung, wegraffte und ihm die schliesslich ersehnte Ruhe schenkte.

Ein dankbares Andenken ist ihm bei Allen, die ihn kannten, und deren Berather er sein durfte, gesichert.

Hebold.



Mittheilungen.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

(Sitzung vom 12. Juni 1899.)

1. Herr Möller: Ueber Intelligenzprüfungen. Vortr. betont, dass man sich vor Prüfung der Combinationsfähigkeit (Urtheilsfähigkeit) vergewissern müsse, ob der Patient auch das nöthige Gedächtnissmaterial besitze, und hebt in dieser Beziehung hervor, dass man sich davor hüten müsse, 1. schematisch immer dieselben Fragen zu stellen, 2. Rechenaufgaben lösen zu lassen; dass man vielmehr zunächst feststellen müsse, wie der Bildungsgang des Patienten gewesen sei und ob und für welche Fächer er vielleicht schon von vornherein mehr Interesse gehabt habe, um so das Gedächtnissoptimum zu bekommen. Ferner empfiehlt Vortr. seine „Fabelmethode“, welche darin besteht, dass dem Patienten eine Fabel, event. 2- oder 3 mal, erzählt wird; dann soll der Patient 1. die Fabel wiedererzählen 2. die in der Fabel enthaltene Lehre entwickeln, 3. der Fabel eine Ueberschrift geben, ev. 4. Sprüchwörter suchen, welche ähnlichen Sinn ausdrücken.

2. Herr König: Ueber die beim Reizen der Fusssohle zu beobachtenden Reflexer-



scheinungen mit specieller Berücksichtigung der Zehenreflexe bei den verschiedenen Formen der cerebralen Kinderlähmung. Vortr. unterscheidet drei Gruppen von Reflexen, welche bei Stechen oder Kitzeln der Fusssohle auftreten, 1. Reflexe in den Zehengelenken, 2. im Fussgelenk, 3. sonstige (Oberschenkel etc.); alle diese können isolirt oder mit einander combinirt vorkommen. Am constantesten findet sich bei Normalen eine leichte Flexion der äusseren Zehen, ferner Flexion der Grosszehe und Zuckung im Tensor fasciae latae; sehr starke Plantarflexion ist ausserordentlich selten; die normaliter vorhandenen Reflexe fehlen namentlich bei Erkrankungen der Seitenstränge; Steigerung ist sehr selten. Andeutung von Dorsalflexion ist auch bei Normalen zu erkennen, ausgeprägte Dorsalflexion besonders der Grosszehe, besonders bei Seitenstrangerkrankungen; diese wurde ferner einmal im epileptischen Coma beobachtet; hingegen sehr selten bei gewissen Formen cerebraler infantiler Paraplegie.

Herr Laehr stimmt Vortr. im Allgemeinen zu, bestreitet aber das Vorkommen von Andeutung der Dorsalflexion bei Normalen und hebt hervor, dass in seinen Fällen an der betr. Seite sich andere Abnormitäten (Steigerung) der Sehnenreflexe nachweisen liessen. Herr Oppenheim bestätigt ebenfalls die Resultate des Vortr., hält aber bei der Unsicherheit der Phänomene für unwahrscheinlich, dass sie eine wesentliche diagnostische Bedeutung gewinnen würden. Herr Remak erinnert daran, dass er bereits vor ca. 6 Jahren an einem Fall von Querschnittsmyelitis in der Höhe des 6. Brustwirbels den isolirten Streckreflex demonstrirt habe und lenkt die Aufmerksamkeit auf das Auftreten derartiger Reflexe bei Reizung der Oberschenkelhaut („Femoralreflexe"). Herr König bemerkt, dass nur in einem Fall Dorsalextension ohne Steigerung der Sehnenreflexe zu constatiren war.

3. Herr Placzek: Das pulsatorische Fussphänomen. Vortr. weist auf die Thatsache hin, dass bei übereinandergeschlagenen Beinen der freischwebende Unterschenkel mit dem Puls synchrone Schwankungen zeigt, welche Vortr. z. Th. graphisch fixirt hat. Kaplan (Lichtenberg).

— **Conferenz der preussischen Landesdirectoren 1899.** In der 11 Referate enthaltenden Tagesordnung kommen folgende beide, den Kreis unserer Leser interessirende Punkte zur Erörterung: Wie wird in den Irrenanstalten in Bezug auf das durch die Correspondenz unbemittelter Kranker erwachsende Porto verfahren? (Ref.: Westfalen), und: Ist es zweckmässig und geboten, zu ausschliesslicher Aufnahme verbrecherischer oder zu Fluchtversuchen neigender Zwangszöglinge von nicht mehr schulpflichtigem Alter besondere geschlossene Erziehungsanstalten einzurichten? (Ref.: Posen; Corref.: Schleswig-Holstein.)

— **Aus Preussen.** Die Besetzung der Oberarztstellen an den Universitätskliniken hat der Cultusminister durch folgende an die Universitätscuratoren ergangene Verfügung geregelt: In Bezug auf die bei einzelnen, namentlich medicinischen und chirurgischen Universitätskliniken errichteten Oberarztstellen sehe ich mich veranlasst, Folgendes zu bestimmen: Die Besetzung dieser mit einer Remuneration von 2000 Mk. ausgestatteten Stellen behalte ich mir vor. Die Uebertragung der Stellen wird unter der Bedingung erfolgen, dass die Inhaber ihre volle Kraft dem Dienste der Kliniken widmen und Privatpraxis, wenn überhaupt, jedenfalls nur in so beschränktem Umfange betreiben, dass dadurch ihre Hauptaufgabe keine Beeinträchtigung erfährt. In Bezug auf die Dauer der Uebertragung der Stellen behält es bei den für Assistentenstellen ergangenen Bestimmungen sein Bewenden, so dass also auch die Oberärzte nur mit meiner besonderen Genehmigung länger als vier Jahre in ihren Stellungen beibehalten werden dürfen.

— In der Nummer 8/9 der Psychiatrischen Wochenschrift wird Irrenanstalten, Nervenheilanstalten etc. „besonders Trinkerasylen" das **Grätzer Bier** empfohlen. In Bezug auf Irrenanstalten und Nervenheilanstalten hat man allerdings an den meisten Orten noch nicht die Energie gehabt, die Consequenzen aus den Beobachtungen zu ziehen, oder selber Beobachtungen über den Unterschied eines alkoholfreien und eines alkoholhaltigen Regimes zu sammeln. Für den Unterzeichneten allerdings, wie für die meisten Aerzte mit grösseren Erfahrungen in dieser Sache steht es fest: Je weniger Alkohol, desto besser; am besten also gar keinen.

Wer aber den Nutzen einer Trinkerheilstätte illusorisch machen will, der bewirthe ihre Insassen mit Grätzer Bier. Die vieltausendfachen Erfahrungen sollten doch wahrlich einmal genügen um sich darüber klar zu sein: Bei Trinkern erreicht man durch absolute Abstinenz alles Erreichbare und das ist sehr viel; alle halben Maassregeln sind verlorene Liebesmühe. Auch in Ellikon glaubten wir anfangs den Patienten die Uebergangszeit noch mit etwas Ingwerbier und ähnlichen Gebräuen, die unter 1 % Alkohol enthielten und niemals Rauscherscheinungen machten, erleichtern zu müssen, wir sind aber sehr bald davon zurückgekommen.

Bleuler-Burghölzli.

(In Bezug auf die Trinkerheilstätten möchten wir Bleuler nicht widersprechen; was Irren- und Nervenheilanstalten anlangt, so lehrt ein Blick in diesen und jenen Jahresbericht [z. B. bei einer täglichen Durchschnittszahl der Kranken von 1251 Personen ca. 300000 Flaschen Bairisch-Bier unter den verwendeten Nahrungsmitteln aufgeführt, neben ca. 26000 Flaschen Weissbier und 9000 Flaschen Weiss- und Braunbier, ausser diesem noch ca. 5000 Flaschen Bayrisch-Bier als Belohnung für geleistete Arbeiten],



dass sich der Uebergang zur absoluten Fernhaltung des Alkohols aus den Irrenanstalten nicht so leicht gestaltet, ja das letztere an vielen Anstalten überhaupt nicht für erstrebenswerth erachtet wird. Red.)

— **Die Irrenfürsorge in China**. Eine Anstalt für Geisteskranke wird in Canton von einem amerikanischen Missionsarzt Dr. J. G. Kerr eröffnet. Die chinesische Regierung hat bisher für die Pflege Geisteskranker keinerlei Einrichtungen getroffen. Gemeingefährliche Kranke wurden als Verbrecher behandelt, die harmlosen liess man als Bettler im Lande umherlaufen. Soweit man sie für besessen hielt, waren sie auch Grausamkeiten ausgesetzt; manchmal kam es vor, dass die Macht des Vaters über Leben und Tod der Familienmitglieder die Familie von dem lästigen Kranken befreite. Selbst bei den Reichen kamen nur Fesselung und Einsperrung zur Anwendung. Man war bislang der Ansicht, dass dieses am Culturfortschritt nicht betheiligte Volk gegen geistige Erkankungen immun sei. Kerr hingegen meint, die Zahl der Kranken, die man zu Gesicht bekomme, sei so gross, dass, um sie alle zu interniren, wenigstens 300 Anstalten zu 1000 Insassen erforderlich sein würden. Die Bestrebungen für eine geordnete Irrenpflege in China datiren vom Jahre 1872; aber erst im Jahre 1887 that die Medical Missionary Society die ersten Schritte zur Erwerbung eines diesem Zweck dienenden Grundstücks; 1894 wurde ein kleines Haus erbaut, 1898 der Bau eines zweiten begonnen, nach dessen Fertigstellung im Ganzen 30—40 Kranke aufgenommen werden können. (Americ. Journ. of Insanity.)

Baseler Brief.

Basel, den 12. Juni 1899.

Während der letzten Monate ist im Gebiete des Schweizer Irrenwesens die schwere Erkrankung des Herrn Prof. und Director von Speyr an der Anstalt zu Waldau im Kanton Bern dasjenige Ereigniss, das die Schweizer Collegen am schmerzlichsten berührt hat. Herr von Speyr ist daneben Präsident des Vereins der Schweizer Irrenärzte, so dass in Folge dessen nicht nur seine amtliche und klinische Thätigkeit, sondern auch die der Leitung des Vereins ausfiel. Das letztere Moment ist wohl zum Theil die Ursache, dass auch die Pfingstversammlung der Schweizer Collegen heuer nicht zu Stande kam. Von sonstigen persönlichen Vorkommnissen dürfte Ihnen die Ernennung des Dr. Brauchli, bisher zweiten Arztes der Anstalt zu Waldau, zum Director der jurassisch-bernerischen Pflegeanstalt Bellelay vielleicht neu sein. Damit komme ich auf unser Schweizer Anstaltswesen.

Der französische Theil des Cantons Bern hat mit Bellelay die lang ersehnte Anstalt erhalten; sie ist aus einem alten Kloster baulich umgewandelt worden. Da damit ein grosser Landcomplex in Verbindung steht, bietet die Anstalt alle Bedingungen zur Erfüllung ihrer Anfgabe, wenn auch durch ihre Isolierung ihr Betrieb, besonders zur Winterszeit erschwert werden dürfte. Da unsere Anstalten insgesammt an starker Ueberfüllung leiden, die Bedürfnisse der Krankenverpflegung in den Anstalten immer noch sehr grosse sind, ihre Befriedigung nur eine theilweise ist, so erscheint die Neueröffnung einer Anstalt den Betheiligten stets als eine wohlthuende Entlastung. In den kleinen Cantonen Glarus und Appenzell a. Rh. ist man mit der Herbeischaffung der zum Bau der neuen Anstalten nöthigen Mittel soweit vorgeschritten, dass der Beginn nur eine Frage der nächsten Zeit ist. Bis dahin werden die Neubauten zur Vergrösserung der Pflegeanstalt Rheinau im Canton Zürich soweit gediehen sein, dass auch dort der Nothstand eine bedeutende Milderung erfahren wird.

Vergangenes Jahr haben sich auf Anregung des Vereins der Schweizer Irrenärzte die Regierungen aller deutsch-schweizerischen Cantone, die bereits Irrenanstalten besitzen oder in nächster Zeit im Besitze solcher sein werden, entschlossen, Vertreter nach Zürich zu senden, um zusammen mit den Directoren der bestehenden Anstalten die Angelegenheit der Aufstellung eines gemeinsamen Irrenanstalts-Inspectors zu besprechen. Das Ergebniss der Verhandlungen war der Abschluss eines Concordates zwischen den betheiligten Regierungen und die Wahl einer engeren Commission zur Aufstellung der leitenden Grundsätze. Das letztere ist bereits geschehen, wir Schweizer Collegen sehen nun mit hohem Interesse den weiteren Schritten entgegen, die zur endgültigen Erledigung der Angelegenheit führen werden. Ich hoffe, Ihnen in Bälde Weiteres darüber mittheilen zu können. L. Wille.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

Dr. Schmidt, I. Assistenzarzt in Dalldorf, siedelt am 1. Juli nach Wuhlgarten über, um die dortige, für einen verheiratheten Arzt eingerichtete I. Assistentenstelle einzunehmen. Dr. Blitz, bisher an der Lewald'schen Anstalt in Obernigk, trat in Dalldorf als Volontärarzt ein.

— Aus der Rheinprovinz. Am 1. Juli cr. tritt der Director der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Andernach, Sanitätsrath Dr. Nötel in den Ruhestand; zu seinem Nachfolger ist der leitende Arzt der Anstalt Mariaberg (Aachen), Dr. Landerer, ernannt, der sein neues Amt aber erst nach Aufhebung der letztgenannten Anstalt im Frühjahr 1900 antreten wird. — Der I. Assistenzarzt der Anstalt Bonn, Privatdocent Dr. E. Schultze, ist zum II. Arzt der Anstalt Andernach, der I. Assistenzarzt der Anstalt Merzig, Dr. Orthmann, zum III. Arzt ernannt worden. Versetzt sind ferner die Assistenzärzte Dr. Lückerath von Bonn nach Grafenberg, Dr. Neu von Grafenberg nach Merzig und Dr. Sauermann von Merzig nach Bonn.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 14. 1. Juli 1899.

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal ℳ 4,—.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog No. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Karl Ludwig Kahlbaum.*)

Am 15. April d. J. starb im Alter von 70 Jahren Sanitätsrath Dr. Karl Ludwig Kahlbaum, der Leiter und Besitzer einer Privatirrenanstalt in Görlitz. Mit ihm ist einer unserer bedeutendsten Fachgenossen, der sowohl auf wissenschaftlichem wie auf praktischem Gebiete die Psychiatrie in hohem Grade zu fördern berufen war, aus dem Leben geschieden. Sein und seiner Anstalt Ruf ist weit über die Grenzen Deutschlands gedrungen. Auch seine wissenschaftliche Bedeutung hat nach und nach eine zunehmende Anerkennung gefunden; aber noch immer sind seine wirklichen Verdienste um die Psychiatrie nur von Wenigen in dem Maasse gewürdigt worden, als sie es nach meiner Ueberzeugung verdienen. Ueber 10 Jahre hindurch habe ich den Vorzug genossen, mit dem Verewigten auf das Allerintimste zu verkehren und aus dem reichen Schatze seines Wissens, seiner Erfahrungen und seiner genialen Auffassungen Anregung und Belehrung schöpfen zu dürfen. Ich bin deshalb der Redaction dieser Zeitschrift dankbar, dass sie mir durch die an mich gerichtete Aufforderung Gelegenheit giebt, mit nachstehendem Nachruf einer tief empfundenen Pflicht der Pietät und Dankbarkeit zu genügen.

Karl Ludwig Kahlbaum wurde am 28. December 1828 zu Driesen in der Neumark geboren. Er machte seine medicinischen Studien in Königsberg, Würzburg, Leipzig und Berlin. Im October 1854 promovirte er auf Grund folgender Dissertation: „De avium tractus alimentarii anatomia et histologia nonnulla." In demselben Jahre erhielt er seine Approbation und trat, nachdem er als einjährig-freiwilliger Arzt in Berlin gedient hatte, im Juni 1856 in die ostpreussische Provinzialirrenanstalt als II. Arzt und Vertreter des Directors ein. Er fand dort seitens seines Vorgesetzten nur wenig wissenschaftliche Anregung, deren er aber in der That nicht bedurfte. Mit dem ihm eigenen eisernen Fleisse arbeitete er sich selbständig in das ihm völlig neue Wissensgebiet ein.

Die Psychiatrie wurde damals noch von Anschauungen beherrscht, welche die einzelnen Zustandsformen der Geisteskrankheit (Melancholie, Manie, Verrücktheit, Verwirrtheit und Blödsinn) als ebenso viele Krankheitsformen auffassten, oder die — nach

*) Die p. t. Abonnenten erhalten das Bildniss Kahlbaum's auf Carton gedruckt nur auf speciellen Wunsch.



Neumann — jene Zustände als verschiedene Stadien einer einheitlichen Psychose ansahen („Es giebt nur eine Art der Seelenstörung, wir nennen sie das Irresein.“ Neumann, Lehrbuch der Psychiatrie, Erlangen 1859, pag. 75). Daneben aber hatte die schon viel früher von den Franzosen beschriebene progressive Paralyse der Irren angefangen, sich — jenen Theorien zum Trotz — als eigene Krankheitsform allgemeinere Geltung zu verschaffen.

Kahlbaum's hohes Verdienst war es nun, als Erster darauf hinzuweisen, dass es ausser der progressiven Paralyse noch andere wirkliche Krankheitsformen gäbe, die sich bei eigener Verlaufsart durch verschiedene Stadien von Zustandsbildern hindurch durch so charakteristische Symptome von einander unterscheiden, dass man in jedem dieser Stadien die Diagnose stellen und damit einen vorhersagenden Schluss auf den weiteren Verlauf der Krankheit machen könne. In seiner im Jahre 1863 bei Kafemann in Danzig erschienenen grundlegenden Arbeit „Gruppirung der psychischen Krankheiten“ machte er den Versuch, vom rein klinischen Standpunkte aus eine Eintheilung der Psychosenformen vorzunehmen. Es waren keineswegs — wie vielfach angenommen wurde — theoretische Schematisirungen, sondern scharfsinnige, mit eminentem Fleisse durchgearbeitete klinische Beobachtungen, die ihn zu dieser Arbeit und zur Aufstellung einer ganzen Zahl neuer Krankheitsformen anregten. So entstanden die Katatonie, die Hebephrenie, die Cyclothymie, die Dysphrenieen als Resultate eines ungewöhnlich tiefen Eindringens in die psychischen Symptome und einer überaus freien und scharfen Differenzirung derselben. Leider hat er von seiner auf das Sorgfältigste ausgearbeiteten Symptomatologie nur einen kleinen Abschnitt unter dem Titel „Die verschiedenen Formen der Sinnesdelirien“ (Zeitschrift für Psychiatrie 1866, Bd. XXII) veröffentlicht. — Seine Arbeiten fanden nur getheilten Beifall. Man tadelte darin u. A. die „Sucht, neue Namen zu erfinden“ und bemerkte nicht, dass es sich um wirklich neue Dinge handelte, die um des leichten Verständnisses willen thatsächlich neue Namen brauchten. Wo es irgend anging, benutzte er übrigens alte, schon vorhandene Bezeichnungen, ihnen eine specifische Bedeutung beilegend. Trägt es z. B. nicht wesentlich zum Verständniss und zur Klärung der Verhältnisse bei, wenn Kahlbaum vorschlug, da wo die Melancholie sich als selbstständige einheitliche Krankheitsform darstellte, ihr den Namen Dysthymie zu geben, ihr dagegen den alten Namen zu lassen, da wo es sich um das melancholische Stadium der Vesania typica, der Paralyse, der Katatonie, Hebephrenie etc. handelt? Für ganz besonders geistreich und gelungen halte ich ferner den Vorschlag, die Bezeichnung „Illusion“ in Einklang mit dem täglichen Sprachgebrauch zu bringen und zur Benennung desjenigen psychischen Zustandes zu verwerthen, in welchem eine bestimmte — in diesem Fall expansive — Gemüthsstimmung das Urtheil fälscht. Im Gegensatz dazu spricht Kahlbaum von Delusionen, bei denen es sich um eine Urtheilsstörung in Folge einer depressiven Stimmung handelt. Die ganze Gruppe dieser Urtheilsstörungen nannte er „Lusionen“. Die bisher in der Psychiatrie ganz abweichend vom allgemeinen Sprachgebrauch übliche Bezeichnung „Illusion“ für eine Sinnestäuschung vertauschte er dagegen mit dem leicht verständlichen Namen „Pareidolie“, d. i. eine Sinnestäuschung, bei der ein gegebenes „Bild“ falsch gedeutet wird.

Der Hauptgrund für dasjenige Verständniss der Kahlbaum'schen Lehren lag aber darin, dass die Psychiatrie damals unter dem Zeichen der pathologischen Anatomie stand, von der allein man alles Heil erhoffte, ohne sich darüber klar zu werden, dass man (ganz abgesehen von den noch absolut unzureichenden Untersuchungsmethoden) erst dann die Aussicht haben konnte, pathologisch-anatomische Substrate für Krankheiten zu finden, wenn deren klinische Abgrenzung vorher fixirt war. Das damalige Treiben glich genau dem Verfahren, als wenn man sich etwa abmühen wollte, die pathologisch-anatomische Begründung des Kopfschmerzes und der Wassersucht zu finden. — Kahlbaum liess sich durch die relativ kühle Aufnahme seiner Arbeiten nicht abhalten, mit immer grösserer Liebe und Sorgfalt sein System weiter auszubilden.

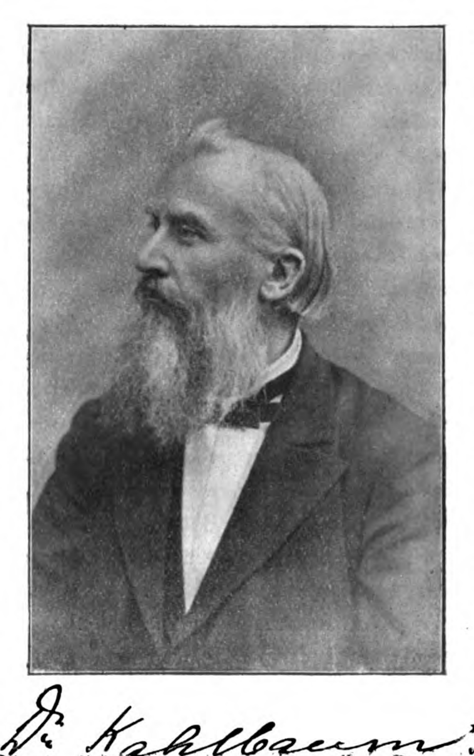
Er habilitirte sich neben Beibehaltung seiner Stellung in Allerberg im Jahre 1863 als Privatdocent für Psychiatrie an der Universität Königsberg und hielt dort bis 1866 Vorlesungen, die freilich dadurch, dass es ihm nicht möglich war, Kranke vorzustellen, nicht den gewünschten Erfolg haben konnten.

Seine Stellung als zweiter Arzt in Allerberg war nur eine kärglich dotirte (400 Thaler jährlich). Ausserdem wurde er durch ewige Zerwürfnisse mit seinem etwas engherzigen Director gequält und geärgert und dadurch in seiner Arbeitsfreudigkeit ge-



stört. Deshalb folgte er im October 1866 einer Aufforderung Dr. Reimers, des damaligen Besitzers der Görlitzer Privatirrenanstalt, bei ihm als zweiter Arzt einzutreten, um eventuell später die Anstalt selbständig zu übernehmen.

Der Kauf kam in der That schon im Juni 1867 zu Stande Dr. Reimer, der schon lange die Absicht gehabt hatte, sich von seiner Anstalt zurückzuziehen, aber den geeigneten Mann nicht finden konnte, äusserte damals zu seinen Freunden: „Jetzt habe ich endlich den richtigen Käufer; der steht des Morgens schon um 4 Uhr auf, um zu arbeiten und kocht sich seinen Kaffee selbst. Der soll meine Anstalt haben!"



Dr. Kahlbaum.

Ich war im Juni 1866 als dritter Arzt nach Allenberg gekommen und hatte dort Kahlbaum in der nur kurzen Zeit unseres Beisammenseins in hohem Grade schätzen gelernt. Deshalb zögerte ich nicht einen Augenblick, als er mich im Juni 1867 als zweiten Arzt zu sich rief. — Zehn ungetrübt schöne Jahre gemeinsamen Arbeitens, Ringens und Sorgens habe ich an seiner Seite verlebt. Unser Verhältniss wurde ein wahrhaft geschwisterliches, als Kahlbaum im Jahre 1868 eine Cousine von mir heirathete, die ihm eine im Alter von 9 Jahren verstorbene Tochter und zwei Söhne schenkte, welch' letztere beide den Beruf des Vaters ergriffen und nun gemeinsam die Leitung der Anstalt übernommen haben.

Mit der Uebernahme der Reimer'schen Anstalt begann für Kahlbaum eine ganz neue Thätigkeit, der er sich mit vollstem Eifer hingab: die Weiterentwickelung derselben nach einem allmählich immer fester werdenden Plane.

Die Anstalt, in ihrer ersten Anlage nur für Epileptiker bestimmt, hatte mancherlei Mängel, unter denen die zu geringe Zahl der Abtheilungen der grösste war. Durch allmählichen Ankauf von fünf an die Anstalt grenzenden Häusern, die ihrem neuen Zweck durch Umbau angepasst werden mussten, wurde zunächst diesem Uebelstande einigermaassen Abhülfe geschafft. Der Neubau einer nach neuesten Principien eingerichteten Abtheilung für unruhige Damen und Herren und eines grossen künstlerisch ausgestatteten Festsaales bildeten die weitere Vervollkommnung seines Planes, nachdem eine Reihe kühner und ausserordentlich praktischer Veränderungen im Innern der alten Häuser vorausgegangen waren: Eine besondere Genugthuung wurde Kahlbaum zu theil durch die ehrenvolle Anerkennung, die ihm gelegentlich der Hygiene-Ausstellung im Jahre 1883 ertheilt wurde.

Kahlbaum besass auch auf praktisch-technischem Gebiet eine ungemeine Begabung. „Die Axt im Haus erspart den Zimmermann" galt von ihm in besonderem Grade. Namentlich besass er für gärtnerische Arbeiten eine grosse Vorliebe und beschäftigte sich gern damit in seinen Mussestunden. Trotz einer genügenden Zahl eigens dazu angestellter Beamten war er doch stets überall in der Wirthschaft und bei seinen Bauten zur Stelle, um anzuordnen und zu verbessern. Zu seinem eigenen Kummer mussten dadurch seine wissenschaftlichen Arbeiten oft Noth leiden. Doch versäumte er es nie, dem oft auf Stunden ausgedehnten Morgenrapport beizuwohnen, bei dem gleichzeitig mit grosser Sorgfalt und Ausführlichkeit die ärztlichen Journale geführt und die Symptomatologie betreffende Auszüge und Bemerkungen auf systematisch geordneten Blättern sofort eingetragen wurden. Eine Fülle für mich in hohem Grade belehrender Bemerkungen schloss sich meist daran an, um in den fast allabendlich stattfindenden Zwiegesprächen noch weiter ausgeführt zu werden.

Es ist für die Wissenschaft ein unersetzlicher Verlust, dass Kahlbaum zur schriftlichen Fixirung und Drucklegung seiner reichen Erfahrungen und wahrhaft geistreichen Combinationen keine genügende Zeit fand. Mein immer wieder von Neuem wiederholtes Anerbieten, für ihn die Beschreibung einzelner Krankheitsformen zu übernehmen, wies er stets in der Hoffnung zurück, doch noch einmal selbst dazu zu kommen. Nachdem er mir endlich die

Beschreibung der Hebephrenie überlassen hatte, begann er dann in der That eine Reihe klinischer Abhandlungen, die aber nicht über das erste Heft „Die Katatonie" (1874, Berlin, Hirschwald) hinauskamen. Endlich übermannte ihn aber doch die Liebe zur Wissenschaft mit grosser Macht. Er nahm sich denn 1875 bis 1876 einen fast einjährigen Urlaub, mir seine Anstalt zur selbständigen Leitung vertrauensvoll überlassend, und bezog die Universitäten Prag und Wien, um dort vor allen Dingen pathologisch-anatomische und mikroskopische Studien zu machen und seine Lücken in diesen damals dominirenden Gebieten auszufüllen. Er hegte im Stillen den Wunsch, einen Ruf auf einen psychiatrischen Lehrstuhl zu erhalten. Seine Hoffnungen gingen nicht in Erfüllung. Inzwischen hatte sich die Görlitzer Anstalt von einer bei der Uebernahme ca. 60 betragenden Patientenzahl auf über 100 vergrössert. Mit der Gründung des Pädagogiums für jugendliche Nerven- und Gemüthskranke vervollständigte Kahlbaum sein grosses Werk. In einem besonderen Gebäude wurden Werkstätten für Bildhauerei, Holzschnitzerei, Tischlerei, Kunstschlosserei etc. eingerichtet und neben wissenschaftlichem Unterricht wurden die jugendlichen Patienten durch eigens dazu angestellte Lehrer in all jenen technischen Fertigkeiten unterwiesen. Die ganze Einrichtung hat sich als eine sehr segensreiche bewährt.

Dazwischen fand K. auch wieder zu kürzeren wissenschaftlichen Arbeiten Zeit. Er veröffentlichte 1878 in der Volkmann'schen Sammlung Nr. 126 „Die klinisch-diagnostischen Gesichtspunkte der Psychopathologie", 1882 im Irrenfreund Nr. 10 eine Arbeit „Ueber cyklisches Irresein", 1884 in der Zeitschrift für Psychiatrie Heft 41 einen Aufsatz „Ueber jugendliche Nerven- und Gemüthskranke und ihre pädagogische Behandlung in der Anstalt", 1884 sprach er auf der Naturforscher-Versammlung in Magdeburg „Ueber eine besondere Form des moralischen Irreseins", 1889 schrieb er in der Zeitschrift für Psychiatrie Heft 46 „Ueber Heboidophrenie" und endlich 1892 in derselben Zeitschrift Heft 49 „Ueber einen Fall von Pseudoparanoia (Charakterirresein-Parethoria). Im Jahre 1888 heirathete er, nachdem seine erste Frau im Jahre 1881 gestorben, zum zweiten Mal.

Kahlbaum schien für ihm ferner Stehende etwas Strenges und Unnahbares zu haben, für die aber, die ihn näher kannten, war er eine ungemein gewinnende Persönlichkeit. Mit wahrhaft väterlicher Fürsorge nahm er sich seiner Kranken an, stets bemüht, ihnen ihr Kranksein möglichst wenig fühlbar zu machen, besonders auch durch Gewährung aller mit ihrem Zustande nur irgend verträglichen Freiheiten. — Der damals überall Eingang findenden principiellen no-restraint Behandlung brachte er allerdings zunächst nur wenig Sympathien entgegen. Nachdem dieselbe aber während seiner Abwesenheit in der Anstalt ganz zur Durchführung gekommen war, erkannte er bereitwilligst ihre Segnungen an und wurde ein eifriger Verfechter derselben. — Er war eine tiefernste wissenschaftlich strebende Natur, aber doch auch für Scherz und heitere Anregung sehr empfänglich, dabei oft ein kindlich rührendes Gemüth verrathend. Er war ein scharfer Denker und zog überall mit grosser Strenge die logischen Consequenzen. Bei weitumfassenden Interessen besass er durch enormen Fleiss erworbene hervorragende Kenntnisse auf den verschiedensten Gebieten der Literatur und Naturwissenschaften, besonders in der Mineralogie und Botanik. Er hat auch auf diesen Gebieten mancherlei neue Anschauungen entwickelt. Leider ist davon nie etwas in die Oeffentlichkeit gedrungen.

Für die Psychiatrie bleibt es, trotz seiner so erfolgreichen Leistungen als Anstaltsleiter, nach meiner Meinung ein wirklicher Verlust, dass Kahlbaum nicht dazu gelangt ist, als Universitätslehrer zu wirken und in grösserem Umfange, als dies durch die Unterweisung seiner wenigen Assistenten möglich war, seine Lehren zu verbreiten. Trotzdem aber ist sein Name in der Geschichte der Psychiatrie mit wuchtigen Lettern eingezeichnet, und die Saat, die er ausgestreut, wird zweifellos immer weitere Früchte tragen.

Wiesbaden, Mai 1899.

Dr. Ewald Hecker.



Beitrag zur Statistik der allgemeinen progressiven Paralyse (Dementia paralytica).

Aus der psychiatrischen Klinik des Herrn Professor Hjertström zu Stockholm.

Von Assistenzarzt *Frey Svenson.*

(Fortsetzung.)

Krafft-Ebing*) hat einige Ziffern mitgetheilt, welche auf eine gleichmässige Zunahme von Dementia paralytica deuten. Von 1873—1892 war die Anzahl Paralytiker auf 100 Aufgenommene angewachsen:

Tabelle II

		Männer		Frauen
in Berlin	von	30,2—34,6,	von	8 —17,5,
„ Wien	„	15,7—19,7,	„	4,4—10,
„ München	„	28 —36,3,	„	8,5—11,2,
„ Pest	„	28,5—36,5,	„	4,5— 7,5.

In Bezug auf Wien gelten die Zahlen für die Klinik, die übrigen betreffen Irrenanstalten.

Von den 577 Paralytikern, welche 1881—1896 in sämmtlichen Irrenanstalten Schwedens behandelt wurden, kamen nicht weniger als 162 auf die Stockholmer Irrenanstalt, also 28 % der ganzen Anzahl, obgleich dieselbe Anstalt nach Ziffern für Ende 1896 nicht mehr als 6 % von allen in den staatlichen Irrenanstalten vorhandenen Plätzen zur Verfügung hatte. Dass dies ohne Weiteres auf die Nähe der Hauptstadt geschoben werden kann, soll gleich durch einige Ziffern gezeigt werden.

Von sämmtlichen in die schwedischen Irrenanstalten aufgenommenen paralytischen Patienten (577 nach der Anzahl) gehörten 193 (162 Männer und 31 Frauen) der Landbevölkerung an, während die übrigen 362 (306 Männer und 56 Frauen) — fast noch einmal so viel — Stadtbewohner waren — 63 % der ganzen Zahl.

Schwedens Stadtbevölkerung beträgt etwa $^1/_5$ von dessen ganzer Einwohnerzahl, woraus man schliessen kann, dass Dementia paralytica in den Städten zehnmal zahlreicher ist als auf dem eigentlichen Lande. Von den Stadtbewohnern unter den Patienten waren 166 (135 Männer und 31 Frauen) aus Stockholm, also 44 % von den in der Stadt wohnenden Männern und 55 % von solchen Frauen.

Dass die Landbevölkerung der Dementia paralytica in verhältnissmässig geringerem Grade ausgesetzt ist, hat man oft angedeutet. Pontoppidan**) sagt betreffend Dänemark, dass von 75 aufgenommenen Paralytikern 65 Stadtbewohner waren. Hougberg*) fand unter seinen 107 in Lappvik in Finnland behandelten Patienten keinen einzigen Bauern. Bezeichnend ist die Notiz von Mendel, dass in Schottland von 100 000 Menschen in den grossen Städten 1,3, in den Hauptstädten 2,1, auf dem Lande 0,7 an dieser Krankheit sterben.

Die Ziffer 577 giebt, wie gesagt, die von 1881 bis 1896 in die schwedischen Irrenanstalten aufgenommenen Patienten an, welche an Dementia paralytica gelitten haben, was natürlich nicht alle dort behandelten Paralytischen bedeutet, denn wenn man auch die seit 1880 dort Befindlichen abzieht, so hindert dies ja nicht, dass zufolge geänderter Diagnose einige zu dieser Gruppe hingeführt werden, und diese kommen dann in dem Berichte unter die Zurückbleibenden. Dass diese Umänderung nicht sehr gewöhnlich ist, oder dass sie jedenfalls keine grossen Veränderungen in der Anzahl hervorruft, geht daraus hervor, dass die Zahl der Aufgenommenen nach den Jahresberichten der Oberdirection betreffend die Stockholmer Anstalt nur einen Unterschied von 1 im Verhältniss zu derjenigen zeigt, welche das dort geführte Journal als behandelt angiebt. Hieraus wäre vielleicht zu schliessen, dass die Diagnose Dementia paralytica im Allgemeinen während des ersten Jahres gestellt wird, das der Patient in der Anstalt weilt. Zu bemerken ist, dass keine Diagnose früher als nach mindestens 3—4 Monaten fixirt zu werden braucht, da ja der Oberarzt nicht verpflichtet ist, seinen Jahresbericht früher als im Laufe des nächsten April zu erstatten.

Die Fälle von Dementia paralytica, welche 1881 bis 1897 in die Stockholmer Anstalt aufgenommen und dort behandelt wurden, waren 177 nach der Zahl. Von diesen habe ich nach Berathung mit dem Oberarzt 6 als nicht für einen statistischen Bericht geeignet ausgeschieden, weil die Diagnose in diesen Fällen entweder für unrichtig (2 Fälle) oder wegen zu kurzer Beobachtung oder anderer Umstände für nicht genügend sicher gehalten werden kann. Es existiren demnach 171 Fälle. In der-

*) Krafft-Ebing: Die progressive allgemeine Paralyse. Nothnagel: Spec. Pathologie und Therapie, Bd. IX, II. Theil.

**) Pontoppidan: Hospitalstidende 1877.

*) Hougberg: Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 50.

selben Zeit wurden in der Anstalt im Ganzen 1300 Patienten behandelt. Folglich waren 13,1 % von allen Kranken paralytisch oder 1 von fast 8. Dies zeigt, dass man die psychiatrische Statistik eines Landes nicht nach der einer gewissen Anstalt beurtheilen darf. Dieselben Ziffern waren ja 4,3 % oder nur 1 von 23 für sämmtliche schwedische Irrenanstalten.

Es waren 138 Männer und 33 Frauen, oder 1 Frau auf 4 paralytische Männer. Dieselbe Zahl für ganz Schweden 1 auf 6. Björnström giebt für Schweden in den Jahren 1861—1880 das Verhältniss zwischen den Geschlechtern wie 1:8 an (vergl. Tabelle I). Steenberg*) nennt 1:4 und erwähnt, dass dasselbe Verhältniss zwischen den Geschlechtern in Bezug auf luetische Infection vorherrscht. Hougberg fand für Lappvik 1:11 — eine ausserordentlich grosse Differenz. Jacobson**) giebt für Dänemark das Verhältniss 1:3, Idanoff***) für Russland 1:3,1, England 1:2,9, Belgien 1:2,8, Frankreich 1:3,4. Aus Mendel's†) Zahlen geht für Preussen oder vielleicht richtiger Berlin das Verhältniss 1:3,5—4 hervor. Hirschl††) findet in Oesterreich 1:3,07.

Verheirathet waren 110 (92 Männer und 18 Frauen), unverheirathet 61 (46 Männer und 15 Frauen). Mendel giebt in seiner Monographie an, dass von seinen 210 Fällen 57 unverheirathet waren und meint, dass diese Zahl für die Ehelosen als abnorm hoch zu betrachten sei, was mit unseren Zahlen 61 von 171 in noch höherem Maasse der Fall sein müsste. Marcé hat nach demselben Autor ausgerechnet, dass von 100 Paralytikern 61,8 Ehelose sind, während von 100 Gesunden nur 36,7 unverheirathet leben. Dies hat wohl seinen Grund theils darin, das die Unverheiratheten sich leichter als die Verheiratheten das wichtigste ätiologische Moment, Lues, zuziehen, theils auch vielleicht in dem Umstande, dass Personen, welche wissen, dass sie luetisch inficirt sind, mehr oder weniger Bedenklichkeiten hegen, in die Ehe zu treten.

Von den 117 Patienten, über welche hier berichtet wird, vertheilen sich die Männer auf die verschiedenen Lebensstellungen in folgender Weise:

Tabelle III

Arbeiter			55
Kaufleute			33
Akademisch Gebildete			12
Seeleute:	Commando	6	
	Gemeine	5 =	11
Soldaten:	Officiere	4	
	Unterofficiere	1	
	Gemeine	2 =	7
Literaten und Künstler			6
Landwirthe (besser situirte)			5
Ingenieure			3
Lehrer und Geistliche			3
Diverse			3
		Summa	138

Von den Frauen gehörten 2 in die Klasse der Gebildeten, die übrigen zur Arbeiterklasse.

Da diese Ziffern nur dann einen Werth besitzen, wenn man die Proportion der erwähnten verschiedenen Klassen zu einander vergleicht, will ich ihnen keine so grosse Bedeutung beilegen, da mir zu einer näheren Beleuchtung dieses Sachverhalts die Ziffern fehlen. Soviel kann indess gesagt sein, dass die Kaufleute auch relativ ungewöhnlich zahlreich repräsentirt sind. Betreffend das Militär, welches als ein für diese Krankheit prädilectirter Stand bezeichnet zu werden pflegt, will ich nur erwähnen, dass die Officiere zahlreicher als die Gemeinen waren, und auch unter den Seeleuten waren die Commandirenden in der Mehrzahl. Die Arbeiterklasse zeigt die höchste Ziffer. Dies kommt nicht nur daher, dass diese Klasse bedeutend zahlreicher ist als jede der übrigen — von der ganzen Anzahl der mündigen Männer erhielten 1890 nur ca. 23 % Stimmberechtigung zur Wahl eines Abgeordneten für die zweite Kammer, d. h. sie hatten ein Einkommen von mindestens 800 Kronen —, sondern hauptsächlich von dem Umstande, dass die Arbeiter oft keine andere Wahl haben, als sich in einer öffentlichen Anstalt behandeln zu lassen, während von den Wohlhabenderen nicht wenige zu Hause oder in Privatanstalten gepflegt werden. Natürlich ist dies auch keinem Zweifel unterworfen, dass bei dieser Krankheit wie bei so vielen anderen eine schlechte Hygiene und ein arbeitsames Leben oder kurz der Pauperismus an der Hervorrufung grosse Schuld trägt. Und es ist kaum wahrscheinlich, dass es nur die Ungleichheit in der Frequenz der luetischen Infection ist, welche diese

*) Steenberg: Die syphilitische Gehirnkrankheit. Kopenhagen 1860.

**) Jacobson: Dementia paralytica hos Kvinden. Kjöbenhavn 1892.

***) Idanoff: Annal. med. psychol. 1894. Krafft-Ebing loc. cit.

†) Mendel: Neurol. Centralblatt 1898, Nr. 22.

††) Hirschl: Jahrbücher für Psychiatrie 1896, Bd. XIV. Ref. in Neurol. Centralblatt 1896.

Geisteskrankheit bei den besser situirten Frauen so viel seltener macht als bei denen aus der Arbeiterklasse.

Von den 171 hier in Frage stehenden Fällen sind einschliesslich 1898 134 gestorben, 27 entlassen, 10 befinden sich noch in der Anstalt. Von den 27 Entlassenen wurden 3 auf Beschluss der Anstaltsdirection in eine Pflegeanstalt gebracht, die Uebrigen wurden von den Angehörigen zur Pflege im Hause oder in einer anderen Anstalt abgeholt. Mit den nach der Pflegeanstalt (Asyl) Gesandten folgten die Journale, welche über diese geführt worden waren, und diese können daher nicht in den mehr speciellen Bericht aufgenommen werden. Es bleiben 168 Fälle zurück.

Das Lebensalter, in welchem die Krankheit zuerst erschien, ist in folgender kleinen Tabelle angegeben.

Tabelle IV.

Alter	Männer	Frauen	zusammen
20—24	—	1	1
25—29	2	1	3
30—34	14	5	19
35—39	46	9	55
40—44	39	7	46
45—49	17	3	20
50—54	14	—	14
55—59	2	4	6
60—64	4	—	4
Summa	138	30	168

In Bezug auf diese braucht übrigens nichts Anderes bemerkt zu werden, als dass diejenige, welche während der ersten 20 Jahre erkrankte, in der Kindheit — 4 Jahre alt — nebst einer Schwester von einer Dienerin durch Syphilis angesteckt wurde.

Björnström hat für seine Fälle das Todesalter aufgenommen und giebt an, dass 50% im Alter von 41—50 Jahren gestorben sind, was gut damit übereinstimmt, dass betreffend diese Fälle sich die Krankheit bei fast 60% im Alter von 35—40 Jahren zuerst gezeigt hat, denn das Todesalter hat selbstverständlich einige Jahre später seine grösste Frequenz. Mendel hat für seine Fälle die grösste Frequenz wie hier zwischen dem 35.—40. Jahre und 85,8% zwischen 30—50 Jahre, was in diesen Fällen 83,3% entspricht. Hougberg hat das Alter bei der Aufnahme in die Anstalt angegeben, was gewiss zur Beurtheilung der Zeit für die ersten Krankheitserscheinungen eine ziemlich willkürliche Ziffer ergab, und hat gefunden, dass die halbe Anzahl zwischen dem 40.—44. Lebensjahre aufgenommen worden war.

Nachdem nun diese allgemeine Aetiologie betrachtet worden ist, wollen wir uns der specielleren zuwenden.

Betreffend das Vorhandensein von hereditärer Belastung ist nur bei so augenfälligen Anzeichen von Degeneration bei der Verwandtschaft des Kranken wie Geisteskrankheit, Epilepsie, Hysterie und Alkoholismus darauf Rücksicht genommen worden und zwar hauptsächlich darum, weil die Auskünfte, welche die Aufnahmeakten ergaben, nur ausnahmsweise eine Möglichkeit für die Annahme anderer erblicher Degenerationszeichen gelassen haben. Heredität war in 51 Fällen — 37 direkt und 14 indirekt — vorhanden, in Procent ausgedrückt bezw. 30%, 22% und 8%. Zu bemerken ist vielleicht, dass zu der direkten Heredität auch das Vorkommen der genannten krankhaften Erscheinungen bei Geschwistern gezählt worden ist, denn soll den Erscheinungen unter diesen Umständen überhaupt eine Bedeutung beigemessen werden, so müssen sie sich auf eine von den Eltern ererbte Entartung gründen können.

Hereditäre Belastung fand sich in 20% von Hougbergs Fällen vor. Bei Jespersen*) waren es 27,4% und Pontoppidan 41,3%, Mendel 34,8%, Ziehen**) 45%. Nach Krafft-Ebing werden folgende Ziffern angeführt: Obersteiner 11,5%, Ulrich 30%, Calmeil 33%, Ascher 31%, Arnaud 53% (direkt in 38%). Greidenberg***) (Krim-Russland) giebt 12,8% an. Diese Ziffern sind allerdings ungleich, aber doch so gross (in den meisten über 20%), dass es wohl kaum für richtig gehalten werden kann, der Heredität jegliche Bedeutung abzusprechen, denn auch wenn — wie Mendel und Krafft-Ebing betonen — diese bei den funktionellen Geisteskrankheiten öfter vorkommt als bei Dementia paralytica, so ist es kaum wahrscheinlich, dass man bei einer Berechnung der hereditären Belastung bei gesunden Menschen so hohe Ziffern wie die angeführten erhalten würde. Kraepelin†) nimmt an, dass sie bei jüngeren Individuen eine gewisse Rolle spielt, bei solchen hat er dieselbe in nicht weniger als 61% gefunden. Wenn man aber deren Bedeutung anerkennt, so braucht man keineswegs so weit zu gehen wie verschiedene französische Forscher — mit Féré††) an der Spitze —, welche die

*) Jespersen: Ist Syphilis die Ursache der progressiven Paralyse? Kopenhagen 1874.

**) Ziehen: Neurol. Centralblatt 1887, 9.

***) Greidenberg: Neurol. Centralblatt 1898, 8.

†) Kraepelin: Lehrbuch 1896.

††) Féré: La famille neuropathique 1894.

Heredität als die wesentliche Grundursache betrachten und alle übrigen schädlichen Einflüsse für „Agents provocateurs" halten. Interessant für die Beurtheilung, welche Stellung die Franzosen zu dieser Frage einnehmen, ist eine Discussion auf dem IX. französischen Kongresse für Nerven- und Geisteskrankheiten in Angers 1898.*) Joffroy (Paris) demonstrierte dort einen Fall, bei welchem die Krankheit sich nach seiner Ansicht ausschliesslich zufolge einer faktisch vorhandenen Degeneration entwickelt hatte, weil keine anderen Momente nachzuweisen waren. Ausser Anderen erklärten doch Magnan (Paris), Régis (Bordeaux) und Doutrebreute (Blois), der Heredität eine verhältnissmässig geringe Bedeutung beizulegen, während sie die Syphilis für die Hauptursache hielten. Charpentier (Paris) dagegen hielt die Degeneration für wichtig, betonte aber, dass es nur sog. „Degénérés supérieurs" wären, welche von Dementia paralytica befallen würden.

Am richtigsten dürfte es wohl sein, die Ansicht zu haben, dass ein degenerierter Mensch leichter als ein gesunder diese Krankheit erhält, wenn sich die Momente vorfinden, welche sonst dafür die bestimmenden sind. Die Degeneration ist wohl als eine Form des Veraltens und Unterganges der Familien oder Familienzweige aufzufassen. Durch die Degeneration entsteht bei den Individuen eine Schwäche, welche sie für eine Menge Krankheiten empfänglich macht, besonders solche, welche ihren Sitz im centralen Nervensystem haben, und zwar wohl darum, weil diese öfters als andere Untauglichkeit im Kampf ums Dasein und Unvermögen zur Fortpflanzung des Geschlechtes herbeiführen.

Bei dem Kranken selbst vorhergegangene Geistes- und Nervenkrankheit war, ausser in den Fällen, wo Tabes vorausgegangen war oder eine vorherige Lues cerebralis nicht ausgeschlossen werden konnte, in fünf Fällen vorhanden. In zwei Fällen hatte der Patient vorher an Epilepsie gelitten, welche mit der gegenwärtigen Krankheit in keinerlei Verbindung gebracht werden konnte, in zwei anderen Fällen war ein vorübergehender Depressionszustand der Erkrankung an Dementia paralytica vorangegangen, in dem einen 14 Jahre, in dem andern 6 Jahre vorher. Allerdings, wenn man das Vorhandensein von Remissionen mit einer Länge bis zu 25 Jahren annimmt, wie Mendel zu thun scheint, kann man unmöglich bestimmt leugnen, dass diese krankhaften Zustände die erste Aeusserung der Paralyse gebildet haben, dies ist man aber nicht anzunehmen berechtigt, wenn nicht unzweideutig paralytische Symptome bereits damals vorhanden waren, was hier nicht der Fall gewesen ist. In dem fünften Falle scheint die Paralyse sich bei einem bereits an degenerativer Geisteskrankheit Leidenden entwickelt zu haben. Von seinen 210 Fällen fand Mendel in zweien vorhergegangene Geisteskrankheit, Hougberg unter seinen 107 in sechs.

(Fortsetzung folgt.)

†) Ref. in Revue neurologique 1898.



Mittheilungen.

Psychiatrischer Verein zu Berlin.

Sitzung vom 17. Juni 1899.

Der bisherige Vorstand wird wieder gewählt; den Vorsitz der einzelnen Sitzungen werden wieder abwechelnd die Herren Jolly, Moeli, Sander führen.

1. Herr Jastrowitz: Acute Geistesstörung mit acuter Chorea. Vortr. berichtet über zwei Fälle von acuter Psychose, welche sich in Zusammenhang mit Chorea rheumatica entwickelt haben und welche Vortr. dem Bilde der Amentia zurechnet; die eine der beiden Kranken, welche vorgestellt wird, zeigt noch einige choreatische Bewegungen und macht einen ängstlich-deprimirten Eindruck, von ihren wenigen sprachlichen Aeusserungen ist so gut wie nichts zu verstehen: die andere Patientin, welche ausserordentlich schwer hereditär belastet und anscheinend auch von der acuten Chorea und Psychose schon dauernd nicht ganz normal war, konnte leider nicht demonstrirt werden. Vortr. geht dann des längeren auf den Zusammenhang zwischen Gelenkrheumatismus, Endocarditis, Chorea und Psychose ein.

Herr Jolly erwähnt, dass in einem Fall, der demnächst publicirt werden wird, von den Herren Westphal und Wassermann aus dem Gehirn Bacillen gezüchtet sind, welche stets wieder Gelenkrheumatismus erzeugten.

2. Herren Nawratzki und Arndt-Dalldorf: Ueber Druckschwankungen in der Schädel-Rückgratshöhle bei Krampfanfällen. Vortr. haben bei genuinen Epileptikern, progressiver Paralyse und Lues cerebri Druckmessungen vermittelst der Lumbalpunktion angestellt und gefunden, dass während der Krampfanfälle der Druck um das Drei- bis Vierfache der in der anfallsfreien Zeit zu constatirenden Höhe



stieg. Diese Drucksteigerung trat ausnahmslos stets erst nach den ersten Anfallserscheinungen ein, durchaus entsprechend der Behinderung der Respiration; dies fand sich bei all den erwähnten zwar ätiologisch verschiedenen, aber klinisch-symptomatisch in Bezug auf die Krämpfe zusammenfassbaren Fällen. Endlich liessen sich durchaus die gleichen Drucksteigerungen ohne Krämpfe erzielen, wenn die Vortr. die zu Untersuchenden husten oder pressen liessen; sie kommen demnach zu dem Schluss, dass die Drucksteigerung bei Krampfanfällen nur etwas Secundäres, durch die Respirationsstörung Bedingtes sei.

Herr Jastrowitz meint, dass auch an die Störung der Herzthätigkeit gedacht werden müsse; auch räth er den Vortr., ihre Untersuchungen fortzusetzen, weil sich bei verschiedenen Formen von Epilepsie doch vielleicht andere Resultate ergeben könnten.

Herr Arndt führt im Schlusswort kurz aus, dass auch sie die Herzthätigkeit bei hochgradig gestörter Respiration selbstverständlich nicht für eine normale hielten.

3. Herr Bratz-Wuhlgarten: Ueber das Ammonshorn bei Epileptischen und Paralytikern. Im Anschluss an seine früheren Untersuchungen über Atrophie der Pyramidenzellen im Ammonshorn bei genuinen Epileptikern, welche sich in der Hälfte aller Fälle fand, führt Vortr. aus, dass sich diese bei Paralytikern in 10—20 % der Fälle constatiren liess; er fasst die Zellatrophie als das Residuum fötaler Störungen auf und weist darauf hin, dass dies zusammen mit der neuerdings hervorgehobenen Wichtigkeit der hereditären Belastung und der Beobachtung von Wattenberg etc., dass „Epilepsie in progressive Paralyse übergehen" könne, für die Wichtigkeit der congenitalen Disposition bei progressiver Paralyse spreche.

Kaplan-Herzberge.

— **Fahrpreisermässigungen.** Im Interesse der öffentlichen Krankenpflege und für mittellose Kranke, Blinde, Taubstumme und Waisen gewähren die deutschen Eisenbahnen in gewissen Fällen Fahrpreisermässigungen, indem sie den Kranken und event. einem Begleiter die Fahrt in III. Klasse zum Militärfahrpreise gestatten. Bisher ist ziemlich allgemein angenommen worden, dass diese Vergünstigung auch dann zu gewähren ist, wenn es sich um die Aufnahme eines Geisteskranken, Idioten oder Epileptischen in Anstaltspflege nach dem Gesetz über die ausserordentliche Armenlast vom 11. Juli 1891 handelt.

Dieser Praxis ist aber von zuständiger Stelle mit der Begründung entgegengetreten worden, dass es nicht Aufgabe der Staatseisenbahnverwaltung sein könne, auf ihre Kosten die öffentliche Armenpflege zu entlasten. Principiell mag diese Auffassung nicht anfechtbar sein; vom humanen Standpunkt und speciell im Interesse der Irrenfürsorge ist sie zu bedauern. In einer sehr grossen Anzahl von Fällen handelt es sich um Kranke, welche auf Kosten kleiner, selbst wenig leistungsfähiger Armenverbände in eine Anstalt überführt werden sollen und solche Verbände sind oft einer finanziellen Erleichterung ebenso bedürftig, wie der wenig bemittelte Privatmann. Noch mehr aber liegt die Gewährung der Ermässigung im Interesse der Kranken selber. Denn unzweifelhaft trägt sie zur Beschleunigung der Aufnahme bei und möglichst schleunige Aufnahme ist für den Heilerfolg oft von der grössten Bedeutung.

Endlich würde auch in vielen Fällen die Ermässigung im Interesse der Angehörigen des Kranken liegen, nämlich dann, wenn diese selber nicht ganz mittellos sind und also vom Armenverbande zur Erstattung der von diesem bezahlten Einlieferungskosten herangezogen werden.

Es wäre zu wünschen, dass sich ein Weg finden liesse, auf welchem die wohlthätigen Absichten der Eisenbahnverwaltungen auch für Fälle dieser Art bethätigt werden könnten. So gar gross würde das finanzielle Opfer, welches die Eisenbahnen hiermit der öffentlichen Irrenfürsorge bringen würden, nicht sein.

— **Der IV. internationale Psychologencongress** findet in Paris vom 20. bis 25. August 1900 statt und zwar, wie die Einladung besagt, im „Palais des Congrès" in der Nähe der Weltausstellung. Theilnehmer werden aufgefordert, sich bei Dr. Pierre Janet, Paris, 21 rue Barbet-de-Jony anzumelden. Damen können unter denselben Bedingungen und mit denselben Rechten theilnehmen wie Herren. Der Beitrag beträgt 20 Francs, gegen dessen Einsendung die Mitgliedskarte zugeht. Man erhält dafür gratis das Journal des Congresses, das Programm der Sitzungen und ein Exemplar der officiellen Berichte. Die Karte berechtigt zum Eintritt in die verschiedenen Schulen, Museen, Laboratorien, Hospitäler und zur Theilnahme an den verschiedenen Réunions, welche organisirt werden sollen. Die voraussichtliche Fahrpreisermässigung wird 40 % für die Hin- und Rückreise während der Dauer der Ausstellung betragen.

Es finden allgemeine und Sectionssitzungen statt. Die Congresssprache ist deutsch, englisch, französisch und italienisch. Die Dauer der Vorträge ist auf höchstens 20 Minuten festgesetzt. Die Vorträge sind so bald als möglich, spätestens bis 1. Januar 1900 unter Angabe des Titels und Beifügung eines nicht zwei Druckseiten überschreitenden Auszuges anzumelden. Letzterer wird gedruckt und die einzelnen Auszüge werden zur leichteren Verständigung vor jeder Sitzung vertheilt. Mit dem Congress ist eine Ausstellung von literarischen Werken und Apparaten verknüpft; darauf bezügliche Anmeldungen sollen ebenfalls so bald als möglich geschehen. Die Herren des Comités sind zu speciellerer Auskunft gern bereit; es sind die Herren Prof. Th. Ribot, 25 rue des Ecoles, Vorsitzender; Prof. Dr. Charles Richet, 15 rue de l'Université, stellvertretender Vorsitzender; Prof.



Dr. Pierre Janet, Generalsecretär, 21 rue Barbet-de-Jony. Schatzmeister ist Verlagsbuchhändler Félix Alcan, 108 boulevard Saint-Germain. — Die Theilnehmer erhalten demnächst ein ausführlicheres Programm.

Die Leitung der einzelnen Sectionen ist an folgende Herren vertheilt:

1. Psychologie in Beziehung zur Anatomie und Physiologie: Dr. Math. Duval, Prof. der Histologie, cité Malesherbes, 11 rue des Martyrs.

2. Introspective Psychologie in Beziehung zur Philosophie: Dr. G. Séailles, Prof. der Philosophie, 25 rue Lauriston.

3. Experimentelle Psychologie und Psychophysik: Dr. A. Binet, Director des psychologischen Laboratoriums, rue du Départ, à Meudon (Seine-et-Oise).

4. Pathologische Psychiatrie und Psychiatrie: Dr. Mangan, Arzt des Asyls Sainte-Anne, 1 rue Cabanis.

5. Psychologie des Hypnotismus, der Suggestion und Verwandtes: Dr. Bernheim, Professor der inneren Klinik, Nancy, 24 place de la Carrière.

6. Social- und Criminalpsychologie: Tarde, Chef des statistischen Bureaus, 62 rue Sainte-Placide.

7. Thier- und vergleichende Psychologie, Anthropologie, Ethnologie: Dr. Delage, Prof. der Zoologie, 15 rue du Marché, à Sceaux (Seine).

— **Aus Posen.** Am 21. Juni wurden von Landeshauptmann v. Dziembowski und dem Regierungsrath Braun die Ländereien in Komorowo, Charzemin und Kargitzke bei Wollstein besichtigt, die für die Errichtung der projectirten Irrenanstalt vorgeschlagen worden waren. Die Ländereien sind für den Bau geeignet; doch dürfte Wollstein noch erst mit anderen Städten in die engere Wahl kommen.

— **Die Dr. Hertz'sche Privat-Heil- und Pflegeanstalt zu Bonn** begeht am 19. Juli das Jubiläum ihres 50jährigen Bestehens.

— **Die Gesetzmässigkeit des Processes der Ansammlung von Geisteskranken in der Bevölkerung des Moskauer Gouvernements nach den Ergebnissen der Zählung vom Jahre 1893** bildete das Thema eines ausserordentlich interessanten Vortrages, den Dr. Jakowenko in der Gesellschaft der Neuropathologen und Irrenärzte zu Moskau hielt, worüber wir dem Neurol. Centralblatt vom 15. Juni Folgendes entnehmen:

„Im Jahre 1893 wurde im Moskauer Gouvernement die Zählung aller vorhandenen Geisteskranken der Bevölkerung ausgeführt, wobei alle Kranken an ihrem Wohnorte von Irrenärzten untersucht und die Resultate der Untersuchung, sowie die Angaben der Angehörigen nach einem vorher zusammengestellten ausführlichen Programm registrirt wurden. Nachdem Vortr. alle untersuchten Kranken (1174 Männer, 852 Frauen, in Summa 2026) nach zunehmender Dauer ihrer Krankheit ordnete, erhielt er eine Reihe von Zahlen, welche Reste der frischen Erkrankungen von jedem Jahre darstellen. Nach Gruppirung derselben nach Decennien erhielt Vortr. folgende Tabelle:

Zuschlag zum Jahre 1893 von übrig gebliebenen Kranken, welche erkrankt waren	Männer		Frauen		Summa	
1893 — 1884	601	51,1%	418	49,1%	1019	50,29%
1883 — 1874	319	27,1 „	223	26,1 „	542	26,75 „
1873 — 1864	146	12,4 „	111	13,0 „	257	12,68 „
1863 — 1854	77	6,5 „	49	5,7 „	126	6,21 „
1853 — 1844	27	2,3 „	37	4,3 „	64	3,10 „
1843 — 1839[1]	4	0,3 „	14	1,6 „	18	0,88 „
Summa	1174		852		2026	

Aus dieser Tabelle ist ersichtlich, dass die Kranken nach der Dauer ihrer Krankheit in abnehmender geometrischer Progression mit dem Nenner = 0,5 sich vertheilen. Eine solche Gruppirung erscheint in hohem Wahrscheinlichkeitsgrade nicht als eine zufällige Combination von Zahlen, sondern als Ausdruck eines Gesetzes der Ansammlung von Geisteskranken. Indem Vortr. sich bewusst ist, dass die von ihm angenommene Gesetzmässigkeit noch einer Bestätigung durch in anderen Gouvernements und Ländern erhobenen Daten bedarf, erblickt er eine gewisse Analogie mit derselben in der Gesetzmässigkeit der Alterszusammensetzung bei der gesunden Bevölkerung, welche für verschiedene Länder die gleiche ist: der Vergleich der Zusammensetzung der Bevölkerung von Altersgruppen nach Decennien in den verschiedenen Ländern und zu verschiedenen Zeiten weist auf ihre Tendenz hin, sich in geometrischer Progression mit dem Nenner 0,8 anzuordnen. Eine solche Formulirung des Gesetzes der Alterszusammensetzung der Bevölkerung hat der Vortr. in der Literatur nicht gefunden.

Nachdem Vortr. nach seinem, den Zeitraum von 10 Jahren umfassenden Nenner den Nenner des jährlichen Restes (nach den Formeln: $a + ax + ax^2 + ax^3 + \dots ax^9 = A$; $ax^{10} + ax^{11} + \dots ax^{19} = \frac{A}{2}$; von hier $\frac{a - ax^{10}}{1 - x} = 2 \cdot \frac{(ax^{10} - ax^{20})}{1 - x}$; $x = \sqrt[10]{\frac{1}{2}} = 0{,}93302$) bestimmt und die durch Rechnung bestimmten Reste mit den wirklichen Resten der Geisteskranken von den einzelnen Jahren vergleicht, fand er, dass ihre Differenz im Mittel 1,34 % beträgt. Voraussetzend, dass in anderen Gouvernements und um so mehr in anderen Ländern der Nenner der Progression ein anderer sein wird, weist Vortr. nichts destoweniger auf die Möglichkeit hin, zur Berechnung der Ansammlung, des Aussterbens, sowie der Genesung von Geisteskranken sich der von ihm angegebenen Gesetzmässigkeit zu bedienen, indem er die Daten über den Zuwachs der Bevölkerung und andere concret bestimmbare Grössen in Benutzung zieht.

In der Discussion wies Herr Dr. Tokarsky darauf hin, dass zufällige Momente, welche die Zahl der Erkrankungen zu vergrössern oder zu vermindern im Stande sind, in bedeutendem Grade die Anwendung der Formel des Vortr. beeinflussen können.

Herr Dr. Korniloff meint, dass in demselben Maasse, als die Krankenversorgung sich bessert, auch die Kranken länger leben werden, in Folge dessen sich der Coefficient der Formel verändern wird.

Herr Prof. A. Koshewnikoff weist darauf hin, dass andererseits im umgekehrten Sinne die Vermehrung der Zahl der Geheilten auf den Coefficienten Einfluss ausüben wird. Er betont die praktische Bedeutung der vom Vortr. vorgeschlagenen Formel.

Es betheiligten sich an der Discussion ausserdem noch die Drr. Bautzke, Postowsky und Worobieff."

Man darf gespannt sein, ob in anderen Gegenden angestellte Berechnungen zu demselben Ergebniss führen werden, was für die praktische Irrenfürsorge von grossem Werth wäre.

— In St. Petersburg ist kürzlich eine **„Gesellschaft der Fürsorge für Geisteskranke"** zusammengetreten, welche ihr Entstehen der Anregung des hervorragenden Psychiaters Dr. Nishegorodzew verdankt. Die Thätigkeit der Gesellschaft soll sich zunächst auf den Petersburger Bezirk beschränken; jedoch ist ihre Ausdehnung über ganz Russland in Aussicht genommen, sobald die junge Gesellschaft erst festen Boden unter sich hat und durch ihre Wirksamkeit den Beweis liefert, zur führenden Stellung in dieser Frage berufen zu sein. Es würden dann zunächst in den grösseren Städten des Reiches, wie Moskau, Odessa, Kiew, Warschau u. s. w., Filialen geschaffen werden, welche hoffentlich auch immer unter einer gewissen Oberleitung des Muttervereins bleiben werden, da sonst eine Zersplitterung der Kräfte unvermeidlich wäre. Das Ziel der Gesellschaft ist ein zweifaches: die Sorge für die Unterbringung der Geisteskranken in Heilanstalten und das Eintreten für diejenigen Geisteskranken, welche sich ausserhalb der Heilanstalten befinden. Nach beiden Richtungen hin hat die Gesellschaft gerade in Russland ein geradezu unermessliches Arbeitsfeld vor sich. Kaum ein Zehntel aller Geisteskranken befindet sich zur Zeit in Irrenanstalten, und im Innern des Landes wird noch immer häufig die Sitte prakticirt, dass man arme Geistesgestörte, um deren Beaufsichtigung sich Niemand kümmern will oder kann, einfach an die Kette legt und sie in diesem Zustand Jahre lang dahinsiechen lässt. Auch die Behandlung der Kranken in den Irrenanstalten selbst lässt noch sehr viel zu wünschen übrig. Das ungeschulte und ungebildete Wärterpersonal weiss die Kranken meist nur durch Misshandlungen zu beruhigen, welche häufig sehr schwere Folgen, ja zuweilen selbst den Tod nach sich ziehen. Die Fachausbildung des Wärterpersonals, die Gewinnung besserer Elemente für diesen schweren Dienst gehört daher zu den unerlässlichsten Vorbedingungen für die Aufbesserung der Verhältnisse in den russischen Irrenanstalten. Doch ist dieses eine Aufgabe, welche die ganze Kraft einer eigenen Gesellschaft beanspruchen würde, so dass die neu gegründete Gesellschaft von der Arbeit auf diesem Felde abgesehen hat, zumal wohl hier auch Staat und Communen noch am ehesten eingreifen werden. Die sonstigen Ziele der Gesellschaft sind ohnehin auch schon sehr hoch gesteckt und werden jedenfalls zu ihrer Realisirung die Aufbringung sehr bedeutender Mittel erfordern. So soll dafür Sorge getragen werden, dass die als geheilt entlassenen Kranken in solche Verhältnisse kommen, welche einem Wiederausbruch des Leidens möglichst vorbeugen; an arme Leute, welche ein erkranktes Familienmitglied in häuslicher Pflege behalten wollen, sollen Unterstützungen gezahlt werden, nach dem Beispiele des Auslandes sollen die Kranken auch bei Familien in Pflege gegeben werden. Selbstverständlich will die Gesellschaft auch für einen wirksameren Rechtsschutz der Geisteskranken eintreten und für die Ausgestaltung der Gesetzgebung in dieser Hinsicht sorgen. Die erste Idee zu der Gründung der Gesellschaft ist übrigens jetzt genau zwölf Jahre alt. Auf dem ersten Congress der russischen Psychiater in Moskau zu Anfang 1887 wurden auch schon fast genau die gleichen Ziele ins Auge gefasst, deren Verfolgung die jetzt gegründete Gesellschaft sich zur Aufgabe setzen will.

— **Die Irrenpflege auf der Ausstellung für Krankenpflege in Berlin.** Trotz aller Mühe, die wir uns gegeben haben, unseren Lesern einen diesbezüglichen Bericht zu verschaffen, ist uns dies nicht gelungen; wir würden hinzufügen „leider", wenn uns nicht von irrenärztlicher Seite selbst die Meinungsäusserung zugegangen wäre, dass „die Abtheilung für das Irrenwesen ohne alles Interesse war."

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

— Aus Pommern. Nach dem Beschluss des Provinzial-Ausschusses von Pommern ist als Oberarzt für die neue Anstalt zu Treptow a. Rega ernannt worden Dr. Horstmann, bisher III. Arzt der Anstalt Lauenburg i. P. An dessen Stelle tritt Dr. Encke als III. Arzt in Lauenburg. Eröffnung der Treptower Anstalt wahrscheinlich 1. November d. J.

— Unser hochgeehrter Mitarbeiter ord. Prof. Dr. von Liszt-Halle a. S. ist in gleicher Eigenschaft in die juristische Facultät der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin versetzt worden.

— In Dr. Lewald's Heilanstalt zu Obernigk bei Breslau ist Dr. Batke aus Breslau als Assistenzarzt eingetreten.

Bücherschau.

Ueber familiäre Irrenpflege von Dr. K. Alt; Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Nerven- und Geisteskrankheiten, herausgegeben von Dr. K. Alt, II. Bd., Heft 7/8. Verlag von C. Marhold-Halle a. S., 1899. 76 Seiten, 2 Tafeln.

Die dem Andenken Ferdinand Wahrendorffs, „des Vaters der deutschen familiären Irrenpflege", gewidmete Arbeit Alts ist vortrefflich geeignet, die Bedenken zu zerstreuen, die man hier und da noch gegen diese freieste und humanste Art der Behandlung Geisteskranker hegt. Die Zusammenstellung über Entwickelung und heutigen Stand der familiären Irrenpflege im In- und Auslande ist die vollkommenste, die bisher existirt (Ref. hat nur die Erwähnung der Rigaer Familienpflege vermisst). Es geht aus ihr hervor, dass die Familienpflege, wenn auch verschieden nach Ausdehnung und Einrichtung, schon jetzt an zahlreichen Anstalten mit Erfolg drei Hauptindicationen genügt: sie entlastet die Anstalten und verbilligt die Irrenpflege, sie ist eine Art Abhärtungs- und „Quarantänestation" gegenüber den ausserhalb der Anstalt den Kranken drohenden Schwierigkeiten und Gefahren, und sie ist gewissermaassen der Schlussfaktor der ärztlichen Behandlung dadurch, dass sie den Kranken es ermöglicht, draussen im Leben wieder festen Fuss zu fassen und sich mit oder ohne fremde Unterstützung wieder eine eigene Existenz zu gründen. Die Erreichung dieses letzten und wohl höchsten Zieles wird übrigens nicht nur durch die Herzberger Familienpflege, sondern auch durch die Dalldorfer angestrebt. Die Mittel und Wege, diese freieste Verpflegungsform, welche nach Griesingers beredten Worten „die volle Existenz unter Gesunden, die Rückkehr aus einem künstlichen und monotonen in ein natürliches, sociales Medium, die Wohlthat des Familienlebens" gewährt, praktisch durchzuführen, müssen sich natürlich den äusseren Verhältnissen eng anpassen, in Schemata lässt sich die Familienpflege nicht pressen. Alt selbst ist ein begeisterter Freund des Gheeler Systems der familiären Colonie und befürwortet demgemäss die Gründung eigener Colonien für familiale Pflege im Anschluss an kleinere Centralen, die als Durchgangsstation für die an die Familienpflege abzugebenden, sowie zur Aufnahme der wegen Erregung, körperlicher Erkrankung, Siechthum etc. zurückzuversetzenden Kranken dienen, und mit denen namentlich im Interesse der Durchbildung des Pflegepersonals eine mässig grosse Abtheilung für Irrensieche verbunden werden kann. Wie der Verfasser, der mit der Gründung des Wärterdörfchens/ Wilhelmseich bei Uchtspringe den Beweis für die praktische Durchführbarkeit seiner Ideen geliefert hat, im Einzelnen sich die Ausführung seines Planes denkt, welche Vortheile er sich von ihm verspricht und wie er die hauptsächlichsten gegen die Einführung und Ausbreitung der Familienpflege erhobenen Bedenken eingehend widerlegt, muss in der frisch und anregend geschriebenen Arbeit selbst nachgelesen werden, die hoffentlich dazu dienen wird, die Discussion über ein Problem, welches zur Zeit für die praktische Irrenfürsorge das wichtigste ist, lebhafter anzuregen und damit dieses selbst einer glücklichen Lösung entgegenzuführen. Ref. möchte hier nur noch gegenüber der Werthschätzung, deren sich sowohl von seiten Alts als auch anderer Autoren die Familien der Wärter bezw. anderer Angestellter der Anstalt als besonders geeignete Pflegestellen zu erfreuen haben, darauf hinweisen, dass die Frau das wichtigste Element der Pflegestelle ist: nur sie ist in den meisten Fällen den ganzen Tag zu Hause und nur sie übt über den Pflegling eine wirkliche Aufsicht aus. Eignet sich die Frau als Pflegerin, so ist auch die Pflegestelle geeignet, gleichgültig welchen Beruf der Mann hat; dass aber gerade die Frauen der Wärter etc. in besonders hohem Grade als Pflegerinnen geeignet seien, kann doch nicht ohne Weiteres angenommen werden und hat, wenn es im Einzelfalle zutrifft, jedenfalls mit dem Beruf des Mannes bezw. seiner Zugehörigkeit zur Anstalt nichts zu thun.

Falkenberg-Herzberge zu Lichtenberg.

Die strafrechtliche Stellung eines Irrenpflegers gegenüber dem § 174, 3, St.-G.-B. in der Rechtsprechung. Von Dr. E. Schultze. (Aerztliche Sachverständigen-Zeitung Nr. 8, 1899.)

Ein Irrenwärter ist angeklagt, mit einem ihm anvertrauten Irren fortgesetzt unzüchtige Handlungen getrieben und, um ihn mundtodt zu machen, seiner Entweichung durch Ueberlassung eines Schlüssels Vorschub geleistet zu haben.

In erster Instanz wegen beider Facta nach §§ 174, 3 und 121 St.-G.-B. verurtheilt, wurde der Wärter über Einspruch seines Vertheidigers nach Zurückleitung des Actes an die Strafkammer wegen des Verbrechens „unzüchtige Handlungen mit hilflosen Kranken ausgeübt zu haben" freigesprochen, weil der Irrenwärter nicht als Beamter, Arzt oder eine andere Medicinalperson angesehen werden kann.

Der angeklagte Wärter erhielt demnach nur wegen Vergehens gegen den § 121, 4 vier Monate Arrest zuerkannt.

Nach eingehender Besprechung des Einspruches des Vertheidigers und Kritik der Begriffe Beamte, Arzt und Medicinalperson erscheint nach Ansicht des Verfassers das Hauptgewicht in der Auffassung der Medicinalperson als solcher darin zu liegen, dass die betreffende in selbstständiger Weise an der Ausübung der Heilkunde sich betheiligt. Diese Auffassung war für den Freispruch maassgebend.

Verfasser empfindet es mit Recht als eine Lücke im Strafgesetze, dass der inculpirte Wärter nach dem Wortlaute des Gesetzes in diesem Punkte straflos ausging und verlangt zu dem mehrmals genannten Paragraphen eine Zusatzbestimmung.

Dr. von Scarpatetti.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 15. 8. Juli 1899.

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal ℳ 4,—.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog No. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Einige Bemerkungen über Geistesschwäche und geistige Gebrechen im neuen Bürgerlichen Gesetzbuch.

Von Dr. *Kirchhoff*-Neustadt i. Holst.

Vielleicht werden nicht alle Irrenärzte es dankbar begrüssen, dass das neue Bürgerliche Gesetzbuch die geistigen Störungen in der Hauptsache nicht nach ihrer Art, sondern nach ihrem Grade unterscheidet. Natürlich muss es uns wünschenswerth bleiben, dass auch der Richter genügend Kenntnisse in der Psychiatrie hat, um die wissenschaftlich anerkannten Hauptformen zu unterscheiden; juristische Bedeutung behält diese Kenntniss für ihn aber nur insoweit als er aus der Art und Form der Krankheit einen Rückschluss auf ihre juristische Wirkung ziehen kann. Diese hat verschiedene Grade, und darum müssen die Geisteskrankheiten nach der Einführung des Bürgerlichen Gesetzbuches in foro wesentlich nach ihrem Grade unterschieden werden. Dadurch werden aber sofort alle Schwierigkeiten vor Gericht beseitigt, die aus der Buntscheckigkeit der Ansichten über Form und Art der Geisteskrankheiten bisher hervorgegangen sind, und das ist ein entschiedener Vortheil.

Die Grade der juristischen Wirkung, soweit sie hier erörtert werden, sind:

1. Entmündigung mit voller Geschäfts**un**fähigkeit,
2. Entmündigung mit beschränkter Geschäftsfähigkeit,
3. Pflegschaft mit voller Geschäftsfähigkeit.

Diesen Rechtswirkungen entsprechen die Bezeichnungen:

ad 1 Geisteskrankheit,
ad 2 Geistesschwäche,
ad 3 geistiges Gebrechen.

Die Entmündigung wegen Geisteskrankheit erfolgt, wenn der Kranke nach ärztlichem und richterlichem Ermessen seine Angelegenheiten nicht mehr vernünftig zu besorgen vermag und unfähig ist — wie ein Kind — zu selbständigem Rechtsverkehr.

Die Entmündigung wegen Geistesschwäche setzt voraus, dass der Kranke Verständniss für gewisse Rechtsvorgänge behalten hat, so dass er diese — wie ein Minderjähriger — noch richtig beurtheilen kann. Wenn sein Vormund ihm dafür die Erlaubniss ertheilt hat, kann er die bestimmten Rechtsgeschäfte abschliessen, ein Geschäft betreiben, sich verehelichen; ohne diese Erlaubniss



ist er anzusehen wie Jemand, der seine eigenen Angelegenheiten nicht besorgen kann.

Die Pflegschaft wegen eines geistigen Gebrechens erfolgt, wenn der Kranke einzelne seiner Angelegenheiten oder einen bestimmten Kreis derselben nicht zu besorgen vermag. In der Regel ist Voraussetzung die Einwilligung des Kranken; ist eine Verständigung mit ihm nicht möglich, so kann der Pfleger auch ohne seine Einwilligung bestellt werden, d. h. nach meiner Ansicht: kann man sich ihm nicht verständlich machen, wenn er beispielsweise bewusstlos oder benommen ist, wie nach einem Schlaganfall; denn wenn er nicht mehr einverstanden ist, also z. B. auch wenn er wieder besinnlich ist und keinen Pfleger will, so muss die Pflegschaft nach den Bestimmungen des Gesetzes aufhören.

Aus dieser Unterscheidung der Grade der Rechtswirkungen ergiebt sich, dass dieselbe Form geistiger Störung je nach dem Stadium, in welchem sie vor dem Richter steht, zunächst entweder als Geistesschwäche oder als Geisteskrankheit zu gelten hat: z. B. eine beginnende Paralyse oder ihr Endstadium. Aber auch sehr viele andere Krankheitsformen werden, der milderen juristischen Wirkung wegen, als Geistesschwäche gelten können: einige Fälle von Paranoia, Quärulantenwahn, einzelne transitorische Zustände. Regeln darüber wird es nicht geben, der einzelne Fall ist zu entscheiden.

Grundsatz für Richter und Aerzte wird es sein, die Geschäftsfähigkeit des Kranken nicht möglichst zu beschränken, sondern ihr möglichst Spielraum zu lassen; so weit es vereinbar ist mit der Schutzbedürftigkeit des Kranken, dessen Schutz das Ziel des Verfahrens ist. Darum werden die milderen Grade der Wirkung bevorzugt werden; der Richter und ja auch die meisten Laien sind nicht geneigt, besinnliche Geisteskranke, die zusammenhängend reden, namentlich dialektisch gewandte, ohne Weiteres als „geisteskrank" anzusehen. Sie werden daher später den Ausdruck „geistesschwach" immer bevorzugen. Da dem wegen Geistesschwäche Entmündigten der Entmündigungsbeschluss persönlich zugestellt werden muss, werden manche Anfechtungsklagen zu erwarten sein, die den Gerichten und Aerzten Unbequemlichkeiten machen werden. Doch werden wir Aerzte die Bezeichnung geistesschwach in den meisten Fällen ohne Bedenken wählen können; auch die functionellen und anatomischen Grundlagen der in Frage stehenden Krankheitsformen haben keine specifischen, sondern graduelle Unterschiede, die es erlauben die Grenze des Grades in der Regel auf der Seite der Geistesschwäche zu ziehen.

Anders steht es mit den geistig Gebrechlichen. Ist ein Kranker z. B. nicht im Stande die Verkehrtheit seiner Handlungen einzusehen und kann er die auftauchenden Triebe nicht mehr durch moralische Einwände unterdrücken, so ist seine krankhafte geistige Schwäche nachgewiesen. Gelingt der Nachweis dafür aber nicht, so fragt sich, ob es in solchen zweifelhaften Fällen vielleicht richtiger ist doch einen Pfleger zu bestellen, da eine Entmündigung durch den geringen Grad geistiger Störung ausgeschlossen erscheint. Allgemeine Erwägungen und Regeln werden hier auch nicht viel helfen, wieder müssen wir für den einzelnen Fall entscheiden. Aber ich möchte doch die Frage aufwerfen, ob wir Irrenärzte nicht die Annahme eines geistigen Gebrechens aus wissenschaftlichen und praktischen Gründen möglichst vermeiden sollen. Die juristische Wirkung des geistigen Gebrechens legt folgende Ueberlegung nahe: der Kranke vermag einzelne seiner Angelegenheiten oder einen bestimmten Kreis derselben nicht zu besorgen, ist aber sonst voll geschäftsfähig: d. h. seine geistige Störung ist eine beschränkte begrenzte, eine umschriebene theilweise, im Uebrigen ist seine geistige Leistung unbehindert. Eine solche geistige Störung ist nach verbreiteter Ansicht in der Regel keine eigentliche Geisteskrankheit, sondern durch eine circumscripte herdförmige Erkrankung des Gehirns bedingt; ergreift diese weitere Theile des Gehirns, wird sie zu einer diffusen, so nähert sie sich den eigentlichen Psychosen. Uebergänge sind ja zahlreiche bekannt, aber die Extreme sind als Herderkrankungen und diffuse Vorgänge klar.

Der praktischen Verwendung des Begriffs der geistigen Gebrechen steht besonders die Nothwendigkeit der Einwilligung des Kranken für die Einsetzung eines Pflegers entgegen, die in den meisten Fällen echter Psychosen nicht erreichbar sein oder bald wieder zurückgezogen werden wird. Dann aber ist noch zu befürchten, dass Laien und wohl auch Richter gerade in den Fällen ihnen zweifelhafter Krankheit glauben werden mit der Pflegschaft auszukommen, wo doch erst die Entmündigung mit der beschränkten Geschäftsfähigkeit eines Minderjährigen dem Kranken den nöthigen Schutz gegen seine Umgebung und dieser wieder vor ihm geben wird. Man denke z. B. an die Quärulanten, viele



von Jugend auf leicht Schwachsinnige, an die Fälle von erworbenem Schwachsinn nach acut verlaufenen Psychosen, an beginnende Paralysen; ihnen allen fehlt oft jegliches Krankheitsbewusstsein, die Absicht der Einsetzung einer Pflegschaft würde sie dann beleidigen, ohne sie oder Andere vor Schaden zu schützen. Vom irrenärztlichen Standpunkte aus wird man wahrscheinlich fast immer ohne diesen Grad der „geistigen Gebrechlichkeit" auskommen können und das Interesse des Kranken besser nur mit dem Unterschied von Geistesschwäche und Geisteskrankheit vertreten. Der nöthige Rechtsschutz des Publikums vor dem Kranken wird aber zweifellos immer besser durch eine Entmündigung als durch die Pflegschaft erreicht.

Vollständig klären wird diese Fragen erst die praktische Erfahrung; jedenfalls aber wird es sich nach meiner Meinung empfehlen, die Anwendung des Begriffs der geistigen Gebrechen von unserer irrenärztlichen Seite aus überhaupt möglichst zu vermeiden. Je einfacher die Fragstellung vor Gericht, desto leichter die Entscheidung. Eine Dreitheilung der Rechtswirkungen ist aber verwickelter als die einfache Gegenüberstellung von „geisteskrank" und „geistesschwach" mit ihren Folgen.

Vielleicht wird die juristische Auffassung dieser Ansicht dann entgegenkommen, wenn die für die Einsetzung der Pflegschaft nöthige Einwilligung des Kranken abhängig davon gedacht wird, dass das Wort „Verständigung", wie oben angenommen wurde, nur als Verständlichmachen gilt. Soll es aber ein Einverständniss bedeuten, so werden Geisteskranke in Anstalten so gut wie gar nicht in Betracht kommen können; ein geistig Gebrechlicher kann nicht gezwungen werden in einer Anstalt zu leben, dazu wäre sein Einverständniss nöthig. Da die geistigen Gebrechen im Gesetzbuch unter Pflegschaft abgehandelt werden, ist es auch denkbar, dass ein Richter die Erörterung, ob der Ausdruck „geistige Gebrechen" sich überhaupt auf Geisteskranke beziehen lasse, ablehnt. Ausserhalb der Anstalten wird die Frage indessen auftreten — nicht nur beispielsweise bei Aphasischen, sondern auch bei Psychosen — und dann um so schwieriger zu entscheiden sein, als das Wort „Verständigung" gleichzeitig in dem doppelten Sinne sowohl des Einverständnisses als auch des Verständlichmachens erklärt werden könnte, wobei die Entscheidung dann wohl dem einzelnen Fall in diesem oder jenem Sinne angepasst würde.



Beitrag zur Statistik der allgemeinen progressiven Paralyse (Dementia paralytica).

Aus der psychiatrischen Klinik des Herrn Professor Hjertström zu Stockholm.

Von Assistenzarzt *Frey Svenson.*

(Fortsetzung.)

Nun kommen wir zu der interessanten Frage: Lues als ätiologisches Moment. Von den 168 Patienten war bei 66 Lues zu constatiren — 62 Männer und 4 Frauen. Von diesen war bei sechs Fällen (Männer) die in der Anamnese gegebene Lues allerdings mit einem Fragezeichen versehen, nach Allem zu urtheilen aber so wahrscheinlich, dass ich sie ohne Bedenken für gewiss nehme, um so eher, als ich davon abstehe, für verschiedene Fälle, wo diese Krankheit mit sehr grossem Recht vermuthet werden konnte, eine Ziffer anzugeben. Diese Ziffern — in Procent ausgedrückt 39,3 % für beide Geschlechter, 45 % für die Männer und 13,3 % für die Frauen — sind allerdings nicht so hoch im Vergleich zu denen, welche von anderen Seiten mitgetheilt worden sind; bedenkt man aber, wie die Angaben über die Patienten in den schwedischen Anstalten erhalten werden, so muss es doch Staunen erregen, dass sie überhaupt so hoch gehen. Auf die eigene Aussage des Kranken kann man sich selten verlassen, sie muss stets verificirt werden. Alle nöthigen Facta aus dem vorangegangenen Leben des Patienten erhält man daher theils aus den Schriftstücken, welche bei seiner Aufnahme mitgeschickt sind und theils aus Mittheilungen von besuchenden Verwandten und Freunden. Das sachkundige Attest wird vom Arzt ausgestellt, welcher nur in den allerseltensten Fällen Gelegenheit hat, betreffend die luetische Infection eine auf eigene Beobachtung gestützte Angabe zu machen, und auch hier ist es zuletzt die nächste Umgebung des Kranken, welche die eigentliche

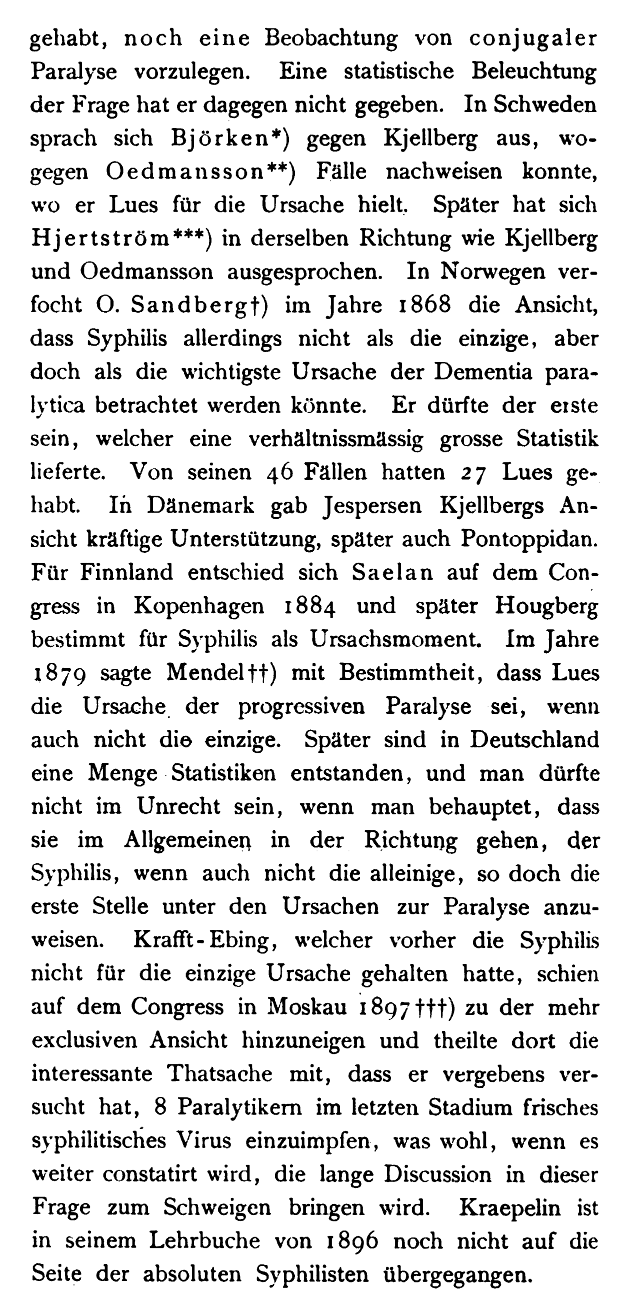


Wissensquelle darstellt. Wie es um die Zuverlässigkeit derselben in vorliegenden Fällen bestellt ist, wo es sich um eine Krankheit handelt, die selbst Nahestehenden ganz verheimlicht wird und nicht selten obendrein dem Kranken selbst ein Geheimniss bleibt, lässt sich leicht einsehen. Der grosse Unterschied zwischen den Procentzahlen für die verschiedenen Geschlechter hat natürlich seinen Grund in dem bekannten Umstande, dass Lues bei Frauen öfter latent (unbeobachtet) verläuft. Gewiss ist auch die Frau aus leicht einzusehenden Gründen betreffend eine vorangegangene luetische Infection weniger mittheilsam als der Mann.

Bereits 1857 stellten Esmarch und Jessen*) in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie die Frage über das Causalverhältniss zwischen Lues und Dementia paralytica zur Discussion und betonten, dass sie in 8 Fällen von 9 vorangegangene Syphilis gefunden hätten, und in dem neunten Excesse in venere, auch führten sie verschiedene, allgemein ätiologische Grundsätze als Stütze für die Annahme von Lues als Ursache der Dementia paralytica an. Der damalige dritte Arzt an der Irrenanstalt in Schleswig, der nachmalige Professor Waldemar Steenberg, widmet in seiner Inaugural-Dissertation 1866: „Das syphilitische Hirnleiden" — „dem Verhältniss zwischen dem syphilitischen Hirnleiden und der Paralysie générale" ein 18 Seiten langes Kapitel und kommt nach Anführung einer Menge beachtenswerther Beweisgründe zu dem Schlusse, „dass, da so viel für die Richtigkeit der Anschauung spricht, eine jede Paralysie générale eine syphilitische Encephalopathie ist." Professor Gustav Kjellberg in Upsala führt 1863 in der Jahresschrift der Universität Upsala, wo die erste Abtheilung seiner Abhandlung: „Ueber die Stadien der Geisteskrankheiten — Entwurf zu einer psychiatrischen Diagnostik" veröffentlicht wurde, als seine bestimmte Ansicht an, dass Paralysis generalis auf einer syphilitischen Degeneration im Gehirn beruhe. Er ist veranlasst worden, eine genauere Aufmerksamkeit auf diese Frage zu lenken, da er ein Ehepaar beobachtete, wo sowohl Mann als Frau an dieser Krankheit gestorben sind, und nach seiner Angabe haben alle später von ihm beobachteten Fälle Lues in ihrer Anamnese gehabt. Darnach hat er in einer Reihe von Aufsätzen**) diese seine Ansicht zu beweisen gesucht und hat Gelegenheit

*) Esmarch und Jessen: Zeitschrift für Psychiatrie 14.

**) Kjellberg: Upsala läkareförenings förhandl., Bd. III, IV, VI.



gehabt, noch eine Beobachtung von conjugaler Paralyse vorzulegen. Eine statistische Beleuchtung der Frage hat er dagegen nicht gegeben. In Schweden sprach sich Björken*) gegen Kjellberg aus, wogegen Oedmansson**) Fälle nachweisen konnte, wo er Lues für die Ursache hielt. Später hat sich Hjertström***) in derselben Richtung wie Kjellberg und Oedmansson ausgesprochen. In Norwegen verfocht O. Sandberg†) im Jahre 1868 die Ansicht, dass Syphilis allerdings nicht als die einzige, aber doch als die wichtigste Ursache der Dementia paralytica betrachtet werden könnte. Er dürfte der erste sein, welcher eine verhältnissmässig grosse Statistik lieferte. Von seinen 46 Fällen hatten 27 Lues gehabt. In Dänemark gab Jespersen Kjellbergs Ansicht kräftige Unterstützung, später auch Pontoppidan. Für Finnland entschied sich Saelan auf dem Congress in Kopenhagen 1884 und später Hougberg bestimmt für Syphilis als Ursachsmoment. Im Jahre 1879 sagte Mendel††) mit Bestimmtheit, dass Lues die Ursache der progressiven Paralyse sei, wenn auch nicht die einzige. Später sind in Deutschland eine Menge Statistiken entstanden, und man dürfte nicht im Unrecht sein, wenn man behauptet, dass sie im Allgemeinen in der Richtung gehen, der Syphilis, wenn auch nicht die alleinige, so doch die erste Stelle unter den Ursachen zur Paralyse anzuweisen. Krafft-Ebing, welcher vorher die Syphilis nicht für die einzige Ursache gehalten hatte, schien auf dem Congress in Moskau 1897†††) zu der mehr exclusiven Ansicht hinzuneigen und theilte dort die interessante Thatsache mit, dass er vergebens versucht hat, 8 Paralytikern im letzten Stadium frisches syphilitisches Virus einzuimpfen, was wohl, wenn es weiter constatirt wird, die lange Discussion in dieser Frage zum Schweigen bringen wird. Kraepelin ist in seinem Lehrbuche von 1896 noch nicht auf die Seite der absoluten Syphilisten übergegangen.

In Frankreich hat die Ansicht, dass Dementia paralytica eine postsyphilitische Krankheit ist, noch nicht durchdringen können, jetzt aber scheint sie auf dem Wege zu sein, dies zu thun. Fournier stand

*) Upsala läkareförenings förhandl., Bd. IV, in einer Discussion nach einem Vortrage Kjellbergs.

**) Oedmansson: Nord. Med. Arkiv, Bd. I, 1869.

***) Verhandlungen der Versammlung der Aerzte in Helsingborg 1888.

†) O. Sandberg: Norske Magazin for Lägevidenskaben 1868.

††) Mendel: Berliner klinische Wochenschrift 1879.

†††) Ref. im Neurol. Centralblatt 1897.

anfangs als Gegner derselben da, that aber 1893*) betreffend Tabes und Paralysie générale die Aeusserung, dass „leur cause majeure, si non exclusive, c'est syphilis agissant sur un organisme prédisposé." Féré erklärt die hohen Ziffern der Lues in der Anamnese bei Paralytikern so — es klingt etwas befremdend —, dass die Degenerirten sich öfter als Andere Syphilis zuziehen. Die gegenwärtige Stellung der Franzosen zu dieser Frage gewissermaassen beleuchtend ist die hier bereits vorher erwähnte Discussion in der Versammlung in Angers, wo mehrere hervorragende Psychiater wie Magnan, Régis u. A. sich für die Syphilistheorie erklärten.

Nun einige Ziffern. Jespersen, Geill**) und Jacobson in Dänemark fanden 77,2, 64,7 und 65%, Saelan und Hougberg in Finnland, der erstere 63, 24—73, 53, der letztere 75,7% sicher constatirte Lues. Bei nicht an Dementia paralytica leidenden Geisteskranken fand Hougberg 4,24%. Von Autoren in deutsch sprechenden Ländern hat Mendel 75% angegeben, 18% bei anderen Geisteskranken, Hirt***) 66%, Oebecke†) 57 1/7%, bei anderen Geisteskranken 12,8%, Obersteiner††) 21%. Hirschl fand unzweifelhafte Lues in 56%, ungewisse in 25%, nicht nachweisbare in 19%. Bei Untersuchung von Personen mit deutlichen tertiären luetischen Symptomen erhielt er folgende interessante Ziffern: 54% sichere luetische Infection, 9,5% wahrscheinliche und 36,5% nicht nachweisbare. In Frankreich fand Régis†††) 70—76%. Dengler*†) fand von 30 Paralytikern nicht weniger als 28 syphilitisch und giebt an, dass die verschiedenen Statistiken zwischen 10 oder 15—93% wechseln. Von England habe ich nur eine Angabe von Jacobson**†), welcher die Syphilis bei 39,9% der Paralytiker, 3,9% bei anderen Geisteskranken fand. Greidenberg in Russland (Krim) 41%.

Schon 1863 theilte Kjellberg, wie erwähnt, seinen ersten Fall von conjugaler Dementia paralytica mit und konnte später noch einen hinzufügen. Mendel kann also nicht, wie er anzunehmen scheint,***†) in dieser Beziehung ein Prioritätsrecht geltend machen, da seine Mittheilung hierüber erst 1888 erfolgte. Immerhin hat er in seiner grossen Erfahrung nicht weniger als sieben Fälle von conjugaler Paralyse; in sechs anderen Fällen erkrankte der Mann an Paralyse, die Frau an Tabes; in drei Fällen der Mann an Tabes, die Frau an progressiver Paralyse. Lührmann*) theilt einen Fall mit, wo beide Ehegatten an der Paralyse erkrankten, einen Fall, wo der Mann Paralyse bekam, die Frau Tabes. Krafft-Ebing hat Vater und Sohn an Dementia paralytica erkranken sehen und Alzheimer**) Mutter und Tochter.

In 26 Fällen mit Lues in der Anamnese ist die Zeit für die luetische Infection angegeben. Die Durchschnittszahl für die Zeit zwischen dem Ausbruch der Krankheit und der Infection ist 13 Jahre. Die längste Zeit ist 24, die kürzeste 3 Jahre. Bei 19 Kranken war die Zwischenzeit mehr als 10 Jahre. Bei 78 der Mendel'schen Patienten variirte diese Zwischenzeit in 57 Fällen zwischen 7—20 Jahren, in 25 derselben zwischen 10—15 Jahren. Pontoppidan meint, dass stets mindestens 5 Jahre zwischen der Infection und dem Ausbruch verstreichen. Hougberg nennt als längste Zwischenzeit 28 Jahre, als kürzeste 4 Jahre; Jespersen giebt 12 1/2 Jahre als Zwischenzeit an.

Alkoholismus war in 23 von diesen 168 Fällen (in 6 zusammen mit Lues), also nahezu in 20% vorhanden. Mendel hält den Alkoholmissbrauch für eine gewöhnliche Ursache der Dementia paralytica. Er giebt an, dass in 116 von Mac Donalds 155 Fällen Alkoholmissbrauch vorkam. Von Jespersens 123 Fällen waren ein Viertel Alkoholisten. Nasse***) theilt das interessante Factum mit, dass von 160 Geisteskranken, welche Alkohol gemissbraucht hatten, 42 an Melancholie, 54 an Manie, 16 an „Blödsinn incl. Verrücktheit", 28 an hallucinatorischer Verwirrung und 20 an Dementia paralytica litten. Oebecke giebt 43% an. Greidenberg misst dem Alkohol grosse Bedeutung bei der Frau bei, 43,6% gegen 36,4% bei Männern. Hougberg nennt 11%. Indessen wird man nicht wenig erstaunt sein, wenn man Starks von Krafft-Ebing angeführte Ziffern sieht. Bei einer Anzahl von 185 Paralytikern fand Stark in 22,7% Alkoholmissbrauch, während eine frühere Ausrechnung an die

*) Fournier: Bulletin médical 1893.
**) Geill: Hospitalstidende 1892.
***) Hirt: Lehrbuch 1896.
†) Oebecke: Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 48.
††) Obersteiner: Wiener medicinische Wochenschrift 1883.
†††) Régis: Gazette méd. de Paris 1888.
*†) Dengler: Syphilis et paralysie générale. Thèse. Nancy 1893. Citat von Hougberg.
**†) Jacobson: The journal of mental science 1892.
***†) Mendel: Neurologisches Centralblatt 1898, 22.

*) Lührmann: Neurologisches Centralblatt 1895.
**) Alzheimer: Neurologisches Centralblatt 1896.
***) Nasse: Zeitschrift f. Psych. Bd. 34.



Hand gegeben hat, dass 29,4 % von allen aufgenommenen männlichen Patienten Alkoholisten waren. Klippel*) setzt den Einfluss des Alkohols wie des Tuberkulosen-Toxines und der arthritischen Diathese ausser allen Zweifel und stellt die zufolge dieser Ursachen entstandene Paralyse als eine besondere Gruppe auf, welche er eine degenerative nennt im Gegensatz zu einer primär inflammatorischen und einer, die ihren Grund in „Encéphalites secondaires" hat.

Von den übrigen ätiologischen Momenten, welche angezogen zu werden pflegen, kamen Trauma und Ueberanstrengung in je 13 Fällen, also 8 % vor. Vom modernen Standpunkt aus dürfte man, wenn ihnen eine Bedeutung zugeschrieben werden soll, diese höchstens für ein veranlassendes Moment halten, da wir wohl Dementia paralytica unzweifelhaft für eine Intoxicationskrankheit erklären können. Mendel betont auch, dass Trauma und Krankheit nur selten so nahe aufeinander folgen, dass sie in Causalverbindung gebracht werden können, von seinen 201 Fällen nur in drei. Von den in der Stockholmer Irrenanstalt während der von mir genannten Periode behandelten Paralytikern waren nur drei Fälle, bei denen sich die Krankheit binnen zwei Jahren entwickelt hatte, nachdem der Patient dem Trauma ausgesetzt gewesen war. Krafft-Ebing meint, dass Trauma die einzige Ursache sein kann. Björnström fand Trauma in zwei Fällen von 84, Hougberg in drei von seinen 107 Fällen, Oebecke in 5 %, Greidenberg in 10,2 %. Dass Ueberanstrengung, welche im Stande ist, eine so durchgreifende Krankheit wie Neurasthenie hervorzurufen, als erleichterndes Moment für das Auftreten der progressiven Paralyse von Bedeutung sein kann, ist offenbar.

Zu den „Agents provocateurs" dürfte wohl auch die Schwangerschaft zuzurechnen sein, welche hier in drei der weiblichen Fälle unmittelbar dem Ausbruch der Krankheit voranging. Die grossen Monographien geben an, dass dies recht selten sein soll. Nach Mendel nennen Porporati einen Fall, Baikarger einen und Jung zwei Fälle, welche mit Schwangerschaft, Entbindung oder Puerperium in Verbindung gebracht werden können.

(Fortsetzung folgt.)

*) Klippel: Les paralysies générales progressives. Suite de monographies cliniques. Nr. 11. 1898.



Mittheilungen.

— Die Petitionscommission des deutschen Reichstags hat die **Petition des Deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke,** soweit sie die Wiedervorlegung des Gesetzentwurfes zur Bekämpfung der Trunksucht betrifft, wiederum dem Reichskanzler zur Berücksichtigung, im Uebrigen als Material zur Abänderung überwiesen.

— **Greisenalter und Verbrechen.** Ueber die Beziehung des Greisenthums zum Verbrechen liefert die eben erschienene Criminalstatistik für das deutsche Reich vom Jahre 1897 einige bemerkenswerthe Daten. Es befindet sich darin eine Tabelle über die persönlichen Verhältnisse der Verurtheilten, wobei auch die Häufigkeit, mit welcher die Delicte auf die einzelnen Altersstufen entfallen, durch entsprechende Rubriken zur Darstellung gelangt (unter 15 Jahren, 15. bis 18. Jahr, 18. bis 21., 21. bis 25., 25. bis 30., 30. bis 40., 40. bis 50., 50. bis 60., 60. bis 70., 70. und darüber). Es ist nun ohne Weiteres verständlich, dass die Zahl der auf die letzte Rubrik (70 Jahre und darüber, oder kurz gesagt auf das Greisenalter) kommenden Verbrechen geringer ist als die der vorhergehenden, denn nicht nur macht sich eine Abnahme der Häufigkeit der Vertreter der einzelnen Decennien in der Gesammtbevölkerung schon auf früheren Altersstufen geltend (vom 40. bis 50. Lebensjahre ab), sondern speciell für das höhere Alter fehlt ja oft die äussere Bedingung des Verbrechens, und beide Momente, jenes allgemeinere und dieses speciellere, werden nicht überwogen durch ein anderes specielles, die Criminalität begünstigendes, nämlich die beginnende Abnahme der Urtheilskraft. Betrachtet man das Verhältniss der Zahl der in der vorletzten Rubrik Bestraften*) zu derjenigen der in der letzten notirten, so ergeben sich in den Reihen, bei denen wegen der grösseren Frequenz der Fälle der Zufall eine nur geringe Rolle spielen kann und die deshalb die maassgebenderen sind, Verhältnisse wie 4 : 1, 5 : 1, 8 : 1. Reihen, bei denen das Greisenalter im Ganzen nur mit ein bis vier Fällen vertreten ist, dürfen kaum Berücksichtigung verdienen, weil sich aus der geringen Zahl etwas Gesetzmässiges nicht entnehmen lässt; es kommen denn auch dabei sowohl sehr hohe Verhältnisse (12 : 1, 14 : 1 etc.), wie sehr niedrige vor (z. B. 1 : 1, 2 : 1, 9 : 4, 13 : 4), wobei die in diesen beiden Klammern wiedergegebenen Ziffern nicht reducirt sind, sondern die Zahl der wirklich

*) Der Einfachheit wegen habe ich nur die Rubrik der Männer berücksichtigt.



vorgekommenen Fälle repräsentiren. Manche Delicte haben ja in dem Zeitraume: 70 Jahre und darüber gar keinen Vertreter.

Es ist nun ausserordentlich auffallend, dass bei einer Kategorie derjenigen Delicte, die wegen der grösseren Häufigkeit einen Vergleich der einzelnen Altersstufen zulassen, nämlich: Unzucht mit Gewalt, an Bewusstlosen etc., Kindern, Nothzucht; Verleitung zum Beischlaf durch Täuschung — das Greisenalter nicht die Abnahme findet, die wir oben in dem Quotienten 4:1 bis 8:1 ausgedrückt sahen. Im Alter von 60 bis 70 Jahren kamen 168 solcher Delicte vor, im Alter von 70 Jahren und darüber 81; also es findet hier das Verhältniss 2:1 statt, wie wir es in der ganzen Tabelle bei einer wirklichen Frequenz der Delicte über 5 (die wir als zur Beurtheilung nothwendig erachteten) überhaupt nicht wiederfinden.

Warum hat nicht eine grössere und schleunigere oder mindestens gleiche Abnahme bei diesen Delicten stattgefunden, bei denen ja wie bei keinem anderen die innere Bedingung derselben — der Geschlechtstrieb — normaler Weise völlig geschwunden ist?

In psychiatrischen Kreisen ist es eine bekannte Thatsache, dass Greise mit beginnendem Altersblödsinn am häufigsten wegen Unzuchtsdelicte, und zwar speciell an Kindern begangen, mit dem Strafgesetz in Conflict kommen und dass, wie bei manchen anderen geistigen Erkrankungen, der ethische Defect, der zu dem Delict führt, Jahre lang bestehen kann, ohne dass eine auffallende Verminderung auch der Intelligenz im Allgemeinen gleichzeitig sich einstellte. Ich wurde vor Jahresfrist mit der Begutachtung eines ca. 69jährigen Mannes beauftragt, der an Kindern unzüchtige Manipulationen vorgenommen hatte; der Staatsanwalt sah sich durch mein blosses Attest, dass der mit Phimose behaftete Mann an beginnendem Altersblödsinn leide, veranlasst, von der weiteren Verfolgung Abstand zu nehmen. Derselbe Mann war im 63. Lebensjahre wegen einer ähnlichen, bei einem 12jährigen Mädchen verübten unzüchtigen Manipulation zu 3½ Jahren Zuchthaus verurtheilt worden; ähnliche Vorstrafen hatte er damals nicht.

Es erübrigt sich vollständig, in diesem Fachblatt die Libido sexualis bei beginnendem Altersblödsinn zu erörtern.

Während wir bei diesen Unzuchtsdelicten immerhin eine Abnahme, wenn auch eine unproportionirte, im Greisenalter kennen lernten, so finden wir bei fahrlässiger Inbrandsetzung den ganz exceptionellen Fall, dass die Zahl der Delicte in den von uns zu berücksichtigenden Rubriken eine ansteigende ist! Im Alter von 60 bis 70 Jahren kam dieses Delict 6mal vor, im Alter von 70 Jahren und darüber 7mal. Von diesen 7 waren 6 ohne Vorstrafen; dieses Verhältniss 7:6 findet sich bei den durch Zahlen über 5 vertretenen Delicten nicht wieder; der Procentsatz der nicht Vorbestraften ist überall geringer. Bei den weniger frequenten Delicten dieses Alters findet man hier und da, dass die wenigen (1 bezw. 2, 3 oder 4) sämmtlich ohne Vorstrafen waren. Bei der „fahrlässigen Inbrandsetzung" der Greise erinnerte ich mich folgenden Falles, der allerdings nicht Gegenstand juristischer Thätigkeit geworden: Eine über 80 Jahre alte Greisin, die noch verhältnissmässig recht grosser Rüstigkeit sich erfreute, machte in der Nacht Licht, weil sie ausgespuckt hatte und befürchtete, sie hätte auf das Betttuch gespuckt; beim Herumleuchten gerieth das Letztere in Brand, doch gelang es ihr, das Feuer zu unterdrücken; sie starb nach einiger Zeit in Folge Schlaganfalls.

Nun noch einige interessante Daten. Der nicht criminalistisch Gebildete würde ohne Weiteres voraussetzen, dass mit steigenden Jahrzehnten die Zahl der nicht Vorbestraften abnimmt. Untenstehende Tabelle belehrt uns eines Anderen.

Sie zeigt, dass sogar schon vom 5. Lebensjahrzehnt an das Gegentheil stattfindet und dass ²/₃ der im 70. Lebensjahr und darüber Bestraften ohne Vorstrafen sind; diese Altersstufe, d. h. diejenige der dem öffentlichen und praktischen Leben allmählich den Rücken wendenden Individuen steht also in Bezug auf Vorstrafen am nächsten der Gruppe derjenigen Personen, welche erst ins Leben eintreten (18 bis 21 und 15 bis 18 Jahre).

Vom Standpunkte der psychiatrischen Wissenschaft wäre es sehr interessant, zu erfahren, bei wie vielen von diesen 67% bezw. von diesen 981 Verurtheilten und nach wie langer Zeit sich der greifbare Altersblödsinn einstellt. Das Ergebniss ist voraussichtlich ein derartiges, dass die bedingte Verurtheilung bezw. der Strafaufschub bei Greisen sich als mindestens ebenso nothwendig erweisen wird wie in den anderen Fällen, wo sie in Vorschlag gebracht worden (cf. Mendel, diese Wochenschrift Nr. 1, S. 9, und Cramer, diese Wochenschrift Nr. 4, S. 42).

Bresler.

— **Aus Posen.** Der Provinzial-Ausschuss beschloss am 27. Juni, ein Vorwerk bei Meseritz von der Ansiedelungscommission anzukaufen, um auf demselben die vierte Provinzial-Irrenanstalt zu errichten.

	unter 15 Jahre	15 bis unter 18 Jahre	18 bis unter 21 Jahre	21 bis unter 25 Jahre	25 bis unter 30 Jahre	30 bis unter 40 Jahre	40 bis unter 50 Jahre	50 bis unter 60 Jahre	60 bis unter 70 Jahre	70 Jahre und darüber
Verurtheilte überhaupt . .	11 678	25 649	69 982	56 902	61 923	84 950	46 020	21 951	7 198	1 451
Verurtheilte ohne Vorstrafen	10 356	19 716	51 300	32 600	31 207	39 062	22 752	11 718	4 383	981
	88%	76%	73%	57%	50%	46%	49%	53%	60%	67%



— **Der Kinematograph in der Medicin.** Dem französischen Chirurgen Doyen ist es gelungen, den Kinematographen in den Dienst des chirurgisch-klinischen Unterrichts zu stellen. Am 1. Juli demonstrirte er in Kiel einer aus medicinischen Lehrern und Schülern bestehenden Gesellschaft einen solchen von ihm zu diesem Zweck modificirten Apparat und er vermochte damit die einzelnen Phasen der verschiedensten Operationen in der vollkommensten Weise zur Anschauung zu bringen. Auch im psychiatrisch-klinischen Unterricht dürfte der Kinematograph eine wichtige Rolle zu spielen berufen sein, namentlich wenn es sich darum handelt, zwei oder mehrere Zustandsbilder einer Psychose vergleichend zu demonstriren.

— **Budapest.** Der unter dem Präsidium des Geheimraths Graf Géza Teleki stehende „Verein zur Unterstützung geheilter Geisteskranker" hielt am 27. v. M. seine diesjährige Generalversammlung ab. Laut dem vorgelegten Berichte betrug das Vermögen des Vereins am 31. December 1898 26 618 fl. 58 kr. (44 364,30 Mk.). Es wurden im vergangenen Jahre an 120 geheilte Geisteskranke in 148 Fällen insgesammt 2114 fl. (3523,33 Mk.) vertheilt. Der Verein, der seit 9 Jahren besteht, besitzt zwei Filialen, eine in Nagy-Szeben (Hermannstadt), die andere in Pozsony (Pressburg). Die erstere betheiligte im Berichtsjahre 11 Personen mit 120 fl., die letztere unterstützte 19 Bittsteller mit 200 fl. — Vom kgl. Ministerium des Innern erhält der Verein jährlich 1000 fl. Subvention. —n.

— **Aus der Schweiz.** Der Rath des Cantons Zürich hat in seiner Sitzung vom 19. Juni 1899 eine Verordnung des Regierungsraths von Zürich, betreffend die private Verpflegung von Irren, genehmigt. Wir bringen einen Abdruck derselben in der nächsten Nummer.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

Dr. von Kunowski, III. Arzt an der Provinzial-Irrenanstalt zu Kreuzburg (O.-S) ist ausgeschieden, um bei einer Privatanstalt einzutreten; an seine Stelle rückte Dr. Wende, bisher IV. Arzt an der Provinzial-Irrenanstalt zu Rybnik.

— Dr. Hermann Schmidt, I. Assistenzarzt der Anstalt für Epileptische zu Wuhlgarten, ist zum Oberarzt dieser Anstalt ernannt.

Bücherschau.

K. Kautzner (Graz): **Psychologisch oder psychopathisch?** Archiv für Criminalanthropologie 1890, Bd. 1, S. 314.

Gutachten über den Geisteszustand der C. F. wegen Betruges. — Die Inculpatin, eine 22jährige Näherin, die bei der Verhandlung einen recht günstigen Eindruck macht und als ein Mädchen von musterhaftem Vorleben geschildert wird, ist von gewöhnlichem Körperbau und gesunder Constitution; sie bietet keine äusseren Anzeichen für etwaige Degeneration. Erhebliche Erkrankungen oder Geistesstörungen sollen bei ihren Angehörigen nicht vorgekommen sein, die Inculpatin selbst war als kleines Kind des Oefteren krank und hat seitdem viel an Kopfschmerzen zu leiden; sonstige Leiden, im Besonderen Epilepsie, stellt sie in Abrede. Ihr ganzes Leben lang war sie übermässig bigott. — Durch einen fremden Burschen erfuhr die C. F. die allerdings unwahre Mittheilung, dass ihr Bräutigam wegen Veruntreuung mit 6 Monaten Kerker bestraft worden sei, um Aufschub der Strafe gebeten habe, um sich das Leben zu nehmen, und dass man ihr die ganze Schuld an dem Selbstmorde dann aufbürden würde. Die C. F. glaubte dieses Alles und war darüber derartig verzweifelt, dass sie Tag und Nacht keine Ruhe mehr fand, beständig weinte, betete und fastete und sich auf keine andere Weise zu helfen wusste als dadurch, dass sie sich einsperren liess. Nur im Kerker hoffte sie Erlösung von ihrer Seelenpein zu finden; sie gelobte auch, dass, wenn ihre Sehnsucht nach dem Kerker sich erfülle, sie zum Dank dafür 7 Monate lang täglich barfuss in der Mariahilfer Kirche beten wollte. Weil sie dem betreffenden Burschen geschworen, nichts von der Sache zu sagen, so habe sie so lange geschwiegen, nachdem sich aber seine Aussage als Unwahrheit herausgestellt habe, brauche sie ihren Schwur nicht mehr zu halten. Um nun in den Kerker zu kommen, kaufte die Inculpatin zu zwei verschiedenen Malen theure Waaren ein, bezahlte sie aber nur mit einem kleinen Betrage und ging mit dem Rest ostentativ durch. Damit die Firma dadurch aber nicht geschädigt werde, hatte sie zu Hause das Geld für die Waaren bereit gehalten und es durch ihre Mutter zahlen lassen wollen.

Bei der Beurtheilung des vorliegenden Falles drehte sich die Frage darum, ob die Aussage der C. F. Glauben verdiene oder ob sie Alles zu ihrer Ehrenrettung nur zusammenfabulirt hätte. Durch die ganze Verhandlung wurde aber zur Evidenz klar gelegt, dass die Inculpatin in ihrem Vorstellungs- und Denkvermögen gehemmt gewesen ist und dass ihre Aussagen absolute Vertrauenswürdigkeit verdienen. Daher gab Verfasser sein Gutachten dahin ab, dass die C. F. „sich bei der Vollführung der ihr zur Last gelegten strafbaren Handlungen in einer melancholischen Gemüthsverstimmung befunden und daher in einem geistig unfreien Zustande gehandelt habe."

G. Buschan-Stettin.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 16. 15. Juli **1899.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mark. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Ein Beitrag zum Geschlechtsleben Geisteskranker in den Irrenanstalten.

Von Dr. *Krayatsch* in Gugging.

„Die Frage der Befriedigung des Geschlechtstriebes der in den Irrenanstalten untergebrachten Geisteskranken ist noch immer nicht gelöst, und man darf über jene Personen nicht allzu strenge richten, welche zur Lösung dieser heiklen Angelegenheit etwas beitragen."

Mit diesen Worten suchte der verstorbene Director der Irrenanstalt und Universitätsprofessor Dr. Schlager zu Wien im Jahre 1883 einen etwas bestürzten Primärarzt zu beruhigen, welcher die Meldung zu erstatten hatte, dass ein Geisteskranker innerhalb des Anstaltsgebietes bei der Ausübung eines Coitus angetroffen wurde.

Die Erinnerung an diese Begebenheit, aber noch mehr die trotz aller Ueberwachung vorkommenden Fälle sexueller Ausschreitungen, welche in allen Irrenanstalten mehr oder weniger wegen der Anhäufung sonst körperlich gesunder oder pervers veranlagter Individuen zur Beobachtung gelangen, rechtfertigen die Veröffentlichung dieses Beitrages zum Nutzen der jüngeren Anstaltsärzte.

Der Geschlechtstrieb der Geisteskranken lässt sich nur wenig durch Medication und Moralisiren unterdrücken, sondern höchstens durch Anwendung vernünftiger erziehlicher Grundsätze, wie Meidung des Verkehres Kranker mit solchen verschiedenen Geschlechtes, reizlose Verköstigung, ermüdende Beschäftigung, Spaziergänge, Bäder, Alkoholabstinenz und Ueberwachung in Schranken halten.

Dem Coitus wird im Volke eine bedeutende Heilwirkung auf Geistes- und Nervenkrankheiten nachgerühmt und deshalb wird es verständlich, dass dem Psychiater mitunter zur Heilung von Geisteskranken in den Irrenanstalten seitens der Angehörigen therapeutische Versuche in dieser Richtung nahegelegt werden.

Die Gravidität wird den Epileptikerinnen häufig empfohlen, um dadurch den Ausfall der Krämpfe zu erzielen.

Auch der Stupor soll durch den Coitus behoben werden.

In der Anstalt befindet sich ein stuporöses Mädchen, deren Mutter allen Ernstes an die jüngeren Aerzte und endlich an den Oberpfleger die Bitte stellte, eine Heilung der Kranken auf diesem Wege zu versuchen.



Vor Jahren stand ein mit Stupor behafteter junger Mann in Anstaltspflege, welchen vor seiner Aufnahme die Mutter über Rath einer angeblich erfahrenen Frau coëundi causa zu einer puella publica geführt hatte, aber von derselben zum Leidwesen der Mutter als „unfähiger Dummkopf" abgewiesen wurde.

Die freie Behandlung der Geisteskranken und die den letzteren gewährten Unterhaltungen, besonders wenn beim Tanze alkoholische Getränke verabreicht werden, führen mitunter zu unangenehmen Zwischenfällen. Gelegentlich einer Tanzunterhaltung erschien unvermuthet ein Paranoiker nackt unter den Tanzenden, nachdem er sich unbemerkt in einem Winkel entkleiden konnte.

In einem anderen Falle bildeten während einer Tanzunterhaltung, wie nachträglich verrathen wurde, nach vorausgegangener Besprechung mehrere depradirte Trinker und Imbecille eine sogenannte Mauer, hinter welcher sie längere Zeit hindurch eine Imbecille zu lasciven Handlungen verborgen hielten.

Die Masturbation wird häufig mit dem gewöhnlichen Betasten der Genitalsphäre z. B. bei Paralytikern verwechselt, wiewohl die abnorme Befriedigung des Geschlechtstriebes durch Masturbation leider bei Idioten, Imbecillen und Maniaci faute de mieux oft genug beobachtet und mitunter durch Massenverführung veranlasst wird.

Bei Verwirrten und tief verblödeten Kranken wird das Bohren mit den Fingern in der Vagina oder im Anus beziehungsweise Zerren am Penis öfters beobachtet, doch decken sich diese Handlungen nicht immer mit misslungenen Versuchen der Masturbation, sondern sollen den Arzt stets zur Untersuchung der Genital- und Analsphäre veranlassen, weil gewöhnlich greifbare Veränderungen, wie: eine volle Blase, Cystitis, Fremdkörper in der Scheide, Koprostasen, schmerzhafte Ursachen dieser Abwehrbewegungen sind.

Während einer vierzehnjährigen Beobachtungsfrist kam eine einzige Schwängerung eines Anstaltspfleglings vor. Dieselbe betraf eine mit Hysterie behaftete puella publica, welche einen Alkoholiker zu fesseln wusste. Beide Pfleglinge wurden in der Anstalt zu Hausarbeiten, selbstverständlich an verschiedenen Arbeitsplätzen, herangezogen, missbrauchten jedoch die ihnen gewährte freie Bewegung.

Ein Fall einer Befriedigung des Geschlechtstriebes per immissionem penis in os gelangte dadurch zur Kenntniss der Aerzte, dass ein im melancholischen Stadium des circulären Irresein stehender männlicher Pflegling gelegentlich der Visite im hohen Grade ängstlicher Verstimmung von seiner Schwangerschaft faselte und auf die Unmöglichkeit eines solchen Zustandes aufmerksam gemacht, dennoch einen Imbecillen, vormals Sträfling, als Thäter bezeichnete. Der Fall wurde zunächst als Paederastie aufgefasst, doch durch das Geständniss des Imbecillen, er hätte den passiven Theil während einer manischen Stimmungslage überredet, ihm die immissio penis in os zu gestatten, klargestellt.

Auch ein Fall von lesbischer Liebe zwischen einer sonst sehr verwendbaren Pflegerin, einer früheren Ordensschwester, und einer Patientin wurde bei der Entlassung der letzteren dadurch bekannt, dass sich diese vor dem bevorstehenden Verkehre mit dem Gatten wegen der künstlich hervorgerufenen Alopecie in der regio pubica, welchen die verschiedenen Manipulationen der Pflegerin daselbst veranlassten, fürchtete.

Die freie Behandlung und Beschäftigung der Pfleglinge bei den landwirthschaftlichen Betrieben haben auch zwei Fälle von Sodomie gezeitigt. Zwei Pfleglinge, der eine ein Imbeciller, der andere ein Neuropath mit depressiven und manischen Phasen, benutzten die Gelegenheit, in den Stallungen ihren Geschlechtstrieb an den Kühen zu befriedigen. Keiner von beiden zeigte anlässlich des Nachweises ihrer perversen Thätigkeit auch nur eine Spur von Scham.

Eine grosse Aufmerksamkeit erheischen die Pfleglinge mit perversen Neigungen überhaupt bei Gewährung grösserer Freiheiten, da sich dieselben ohne Anwendung von Gewalt, sondern durch harmlos scheinende Liebkosungen an Kinder heranschleichen und Exhibitionsmanöver aller Art ausführen.



Beitrag zur Statistik der allgemeinen progressiven Paralyse (Dementia paralytica).

Aus der psychiatrischen Klinik des Herrn Professor Hjertström zu Stockholm.

Von Assistenzarzt *Frey Svenson.*

(Fortsetzung.)

Nachdem nun betreffend die ätiologischen Momente über die Angaben berichtet worden ist, welche aus dem hier vorliegenden Material erhalten worden sind, wollen wir versuchen, die Auskünfte über den Krankheitsverlauf, welche aus demselben zu erhalten sein können, wie einige Angaben von den anatomischen Befunden, welche sich in den obducirten Fällen ergeben haben, zusammenzustellen.

Für die Beurtheilung der Dauer des Krankheitsverlaufes haben wir die 134 bis zum Tode beobachteten Fälle.

Von diesen starben:

Tabelle V.

Im 1. Krankheitsjahre	16	Patienten
„ 2. „	35	„
„ 3. „	28	„
„ 4. „	17	„
„ 5. „	21	„
„ 6.—9. „	14	„
„ 10.—14. „	3 = 134	Patienten.

59% von allen Fällen trafen also vor Ablauf des dritten Krankheitsjahres ein. Die Durchschnittszahl für die Dauer der Krankheit war drei Jahre. Der Fall, welcher am schnellsten zum Tode führte, brauchte für seinen Verlauf (den manifesten, denn aus der Krankheitsgeschichte scheint hervorzugehen, dass ein längeres oder kürzeres Prodromalstadium vorangegangen war) eine Zeit von 18 Tagen, der langwierigste 14 Jahre. Dass eine und dieselbe Krankheit in so verschieden langer Zeit abläuft, erscheint wohl a priori etwas sonderbar, ist aber ein sehr bekanntes und schon oft constatirtes Factum. Die galoppirende Paralyse kann einen erstaunenswerth schnellen, Delirium acutum ähnlichen Verlauf nehmen, und man hat ja — Meynert und Kraepelin unter anderen — sogar die Berechtigung des letzterwähnten Krankheitsnamens bezweifelt, da man gemeint hat, er sei Symptomencomplexen gegeben worden, welche zu anderen Krankheitsformen, z. B. dem Collapsdelirium oder gerade dem paralytischen Delirium gehört hätten. Was den hier angeführten, so schnell zum Exitus führenden Fall anbelangt, so zeigte er gerade das Bild eines von Temperaturerhöhung begleiteten Deliriums im Verein mit deutlichen organischen Störungen. Dass die Paralyse andererseits sich bedeutend in die Länge ziehen kann, über ein sogar zwei Jahrzehnte, ist noch weniger ungewöhnlich. Kraepelin giebt an, dass er mehrere seiner Fälle 14 Jahre verfolgt hat. Krafft-Ebing betont, dass Dementia paralytica bei Frauen und älteren Männern gewöhnlich einen langsameren Verlauf als bei jüngeren männlichen Individuen nimmt. Was die hier in Frage stehenden Frauen anbelangt, so überschreitet die Durchschnittslänge des Krankheitsverlaufs bei ihnen nur um drei Monate die für alle zusammen angegebene Zeit.

Natürlicherweise könnte es von grossem Interesse sein, klarzumachen zu suchen, wie die Krankheit theils als Geisteskrankheit im Allgemeinen, theils als die specielle Geisteskrankheit zuerst auftritt, welche den Namen Dementia paralytica erhalten hat. In ersterer Hinsicht wäre natürlich durch Beobachtung des ersten Auftretens der psychischen Störungen, in letzterer durch Beobachtung der frühesten organischen Symptome eine Andeutung zu erhalten, denn erst wenn ein solches oder solche eintreten, kann die Diagnose mit voller Gewissheit bestimmt werden — vorher ist sie nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose.

Betreffend die zuerst auftretenden psychischen Störungen kann man über diese im Allgemeinen nur durch die Angaben Auskunft erhalten, welche von der Umgebung des Kranken gemacht worden sind — nur ausnahmsweise stammen sie vom Arzte. Es handelt sich also hier um die für das ungeübte Auge erkennbare erste Erscheinung der Krankheit, und es ist daher wahrscheinlich, dass in den allermeisten Fällen eine längere oder kürzere Zeit hindurch weniger bemerkbare Symptome vorangegangen sind. Von den 168 Fällen ist es in 52 Exaltation oder Excitation gewöhnlich in Verbindung mit mehr oder weniger ausgesprochener motorischer Unruhe gewesen, deutliche Depression in 49 Fällen, Grössenwahn ohne weitere ausgeprägte Kundgebung in elf, Verfolgungswahn ohne Beimischung von anderen Symptomen in einem Fall, Intelligenzabnahme allein in 41 und Verwirrungszustand in 15 Fällen. Dass



eine in ihrem Verlauf so mannigfache Krankheit wie Dementia paralytica nicht immer einen gleichen Anfang hat, ist ja natürlich und wohl bekannt und, wie zu erwarten war, hat es sich auch gezeigt, dass sie für den Nichtfachmann psychisch in sehr verschiedener Weise auftritt. Es braucht nicht erwähnt zu werden, dass man, wenn man auf Nuancen Rücksicht nehmen wollte, eine viel grössere Anzahl Symptomgruppen erhalten würde. In der Literatur habe ich keine dem entsprechende Statistik finden können. Zu der Zeit, als man versuchte, diese Krankheit wie andere Geisteskrankheiten in Stadien einzuteilen (Kjellberg, Mendel), scheint man der Ansicht gewesen zu sein, dass auf das mehr oder weniger deutliche und mehr oder weniger wechselnde Prodromalstadium gewöhnlich ein Depressionszustand folgte. Dass eine Stadieneintheilung in dieser Krankheit nicht gut möglich war, ist schon daraus zu ersehen, dass sie, um in ein System zu passen, in eine recht grosse Anzahl Formen getheilt werden musste, welche sich durch Fehlen des einen oder anderen Stadiums charakterisirten.

Zu den oben gemachten Angaben ist nur hinzuzufügen, dass man von den ersten Symptomen kaum schliessen kann, wie sich die Krankheit in ihrer Entwicklung äussern wird. Nicht selten kann eine Exaltation in eine Depression übergehen und noch öfter umgekehrt. Ein Fall, welcher mit Stumpfsinn beginnt, kann im Verlauf der Krankheit sowohl Exaltation als Grössenwahn u. s. w. zeigen.

Bezüglich der während des Krankheitsverlaufes zuerst auftretenden organischen Symptome sei bemerkt, dass diese nur in Ausnahmefällen von der Umgebung constatirt werden. Letzteres war vor Allem besonders der Fall, wenn der Eintritt der organischen Störungen sich durch paralytische Anfälle zu erkennen gab — ab und zu, wenn dies geschah, durch Veränderungen in Gang oder Sprache. Oefter wurden die organischen Symptome von dem Arzte constatirt, welcher das zur Aufnahme nöthige ärztliche Attest ausstellte; am allerhäufigsten aber wurden dieselben vielleicht erst in der Anstalt bemerkt. Es ist nicht ungewöhnlich, dass ein Patient, welcher von dem untersuchenden Arzte für frei von allen organischen Störungen erklärt worden ist, bei der Aufnahme in die Anstalt einen oder mehrere Monate später eine ganze Reihe speciell paralytischer Symptome gezeigt hat.

Es ist natürlich, dass ein organisches Symptom selten allein vorkommt, es tritt im Gegentheil häufiger mit einem oder mehreren anderen zusammen auf, und es hat sich in Bezug auf diese Fälle gezeigt, dass die erste Erscheinung als organische Störung mit durchschnittlich zwei Symptomen eingetreten ist. Jede der folgenden Ziffern giebt also an, wie viele Male ein gewisses Symptom allein oder im Bunde mit einem oder mehreren anderen Symptomen das organische Anfangssymptom der Krankheit gewesen ist.

In 81 Fällen Pupillenveränderungen,
„ 76 „ Sprachstörung,
„ 67 „ Tremor,
„ 33 „ paralytische Anfälle,
„ 29 „ Gangstörung,
„ 24 „ Veränderung der Patellarreflexe.

Die Pupillenveränderungen wurden in zwei Fällen, welche in langer ärztlicher Beobachtung gewesen sind, vor allen anderen psychischen Symptomen beobachtet; vorher Störung in Gang und Sprache in drei, wahrscheinlich vier Fällen, welche ascendirende Paralysen waren. In nicht weniger als 20 von den 30 Fällen, wo paralytische Anfälle das organische Initialsymptom bildeten, gingen diese dem Ausbruche der psychischen Störungen voran. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass diese Anfälle zuweilen Symptome einer vorhergehenden Lues cerebralis gewesen sind, und obgleich diese Krankheit im Allgemeinen bedeutend näher der luetischen Infection als der Dementia paralytica auftritt — 44 % innerhalb der ersten drei Jahre und in abnehmender Proportion für jedes folgende Jahr*) —, so ist es ganz gewiss, dass ein Symptomencomplex, welcher ganz unmöglich von einer regelrechten Lues cerebralis zu scheiden ist, nicht selten dem Ausbruch der Dementia paralytica unmittelbar vorangeht. Verschiedenheit in der Facialis- oder Hypoglossus-Innervation kam als organisches Initialsymptom in fünf Fällen vor, Ptosis in einem und Taubheit wie Abnahme der Sehschärfe in je einem — diese beiden letzten werden jedoch mit Vorbehalt erwähnt, da nicht notirt steht, ob später ihre Zugehörigkeit zum Krankheitsverlaufe constatirt wurde.

Darf man das Vorhergehende berücksichtigen, so könnte man behaupten, dass Dementia paralytica im Allgemeinen mit psychischen Störungen beginnt, was wohl auch die allgemeine Meinung ist. Es ist ja übrigens bekannt, dass die psychischen Functionen weit empfindlicher gegen Veränderungen im Gehirn

*) Oppenheim: Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns. Nothnagel: Spec. Path. u. Ther., Bd. IX, Theil I.

sind als die organischen, und also a priori wahrscheinlich, dass bei einer diffusen Rindenkrankheit die ersteren uns zuerst davon in Kenntniss setzen werden. Indess betonte auf dem Congress für Nerven- und Geisteskrankheiten in Brüssel 1897 Professor Thomsen*) aus Bonn, dass eine ganze Menge für die Paralyse charakteristischer Symptome — Argyll-Robertsons und Westphals Symptom, vorübergehende Ophthalmoplegien, paralytische Anfälle, Sprachstörung u. s. w. — den psychischen Störungen lange Zeit vorausgehen können, und Mendel erwähnte bereits in seiner Monographie, dass auch im Prodromalstadium leichte organische Symptome wechselnder Natur vorhanden sind, doch im Allgemeinen im Verein mit mehr oder weniger markirten psychischen Krankheitsäusserungen.

Gehen wir dann zu einer Untersuchung des klinischen Verlaufes der Paralyse über, d. h. stellen wir das Vorkommen der verschiedenen Symptome fest, so finden wir, dass drei Symptomgruppen so gut wie constant sind, nämlich Sprachstörungen, Pupillenveränderungen und Tremor in Zunge, Lippen oder Extremitäten mit einer Frequenz von bezw. 151, 147, 140 in den 168 Fällen. Bedenkt man, dass von diesen 168 10 noch unter der Beobachtung, 24 in einem mehr oder weniger frühen Stadium entlassen wurden und ferner in verschiedenen Fällen intercurrente Krankheiten und paralytische Anfälle dem Leben des Patienten in einem ziemlich frühen Stadium der Krankheit ein Ende machten, so sieht man leicht ein, dass es kaum vermessen ist, laut obenstehender Ziffern die erwähnten Symptome für constant vorkommend bei einer normal verlaufenden Dementia paralytica zu halten. Wir erinnern daran, dass dieselbe Symptomtrilogie bei dem Auftreten der organischen Störungen an der Spitze ging. Eine etwas niedrigere Ziffer zeigt Gangstörung: 129 Fälle; es ist ja auch ein im Allgemeinen später auftretendes Symptom — nach vorstehender kleiner Statistik das fünfte in der Reihe —; es ist übrigens auch eine bedeutend stärkere Störung als irgend eine der drei erstgenannten und fordert für ihr erstes Auftreten eingreifendere Veränderungen. Indess findet man dieses Symptom in allen den Krankeitsfällen, welche einen etwas längeren Verlauf hatten, und man dürfte daher Sprach- und Gangstörungen, Tremor und Pupillenveränderungen als die Grundsymptome der Paralyse betrachten können, an welche dann die übrigen Krankheitsäusserungen sich mit grösserer oder geringerer Frequenz anreihen.

*) Ref. in Revue neurologique 1897, Nr. 19.

Man könnte fast geneigt sein, zu diesem Symptomenstamm Veränderung in den Patellarreflexen zu zählen. Ueber eine solche Veränderung ist seit 1889 in der Stockholmer Irrenanstalt consequent Buch geführt worden. Seit dieser Zeit sind 90 paralytische Patienten behandelt worden, und von diesen fand sich bei 77, also in 85,5 %, Reflexstörung vor; Herabsetzung oder Aufhebung des Reflexes betraf 29 % und Verstärkung 56,5 %. Es lässt sich natürlich nicht behaupten, dass in allen diesen Fällen eine Veränderung in den Strängen des Rückenmarkes vorgekommen ist. Die Verstärkung dürfte vielleicht wohl von der Aufhebung der corticalen Hemmung kommen, wie dies bei verschiedenen functionellen Geisteskrankheiten der Fall ist, seltener die Abschwächung von einer vermehrten corticalen Hemmung. Erinnert man sich indess daran, dass Sibelius*) in mindestens 12 von 14 mikroskopisch untersuchten Rückenmarken an progressiver Paralyse Gestorbener Strangdegeneration gefunden hat, in drei von diesen nur in den Hintersträngen, in einem in den Hinter- und Seitensträngen und in acht in Hinter-, Seiten- und Vordersträgen, so fühlt man sich doch zu der Annahme geneigt, dass die Reflexstörungen wirklich in organischer Strangdegeneration ihren Grund haben, was schon vor langer Zeit von Claus**) betont wurde.

Betreffend das Verhalten der Patellarreflexe findet man in der Literatur einige Angaben. Mendel ist der Ansicht, dass die Reflexe in der grossen Mehrzahl der Fälle vorhanden sind. Er erwähnt, dass Muhr in sechs Fällen von 39 dieselben vermisste. Kraepelin giebt an, dass die Reflexe in 20 bis 30 % fehlen. Claus sah in drei Fällen von 19 das Fehlen der Reflexe, oft Steigerung. Crump-Beatly***) untersuchte 65 Fälle, in 11 derselben war der Reflex normal, in 8 gesteigert, in 18 deutlich, in 5 vermindert, in 18 fehlend. Bellencourt-Rodriguez†) fand von 68 Fällen die Reflexe normal in 14, fehlend in 11, gesteigert in 43. Hougberg nennt Fehlen in 24,2 %, Steigerung 9,3 %.

Von übrigen Symptomen, welche weniger con-

*) Sibelius: Beitrag zur Kenntniss der histologischen Veränderungen im Rückenmark, den spinalen Wurzeln und Ganglien in der progressiven Paralyse. Helsingfors 1897.

**) Claus: Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 38.

***) Crump-Beatly: Brain 1885.

†) Bellencourt-Rodriguez: L'encéphale 1885.

stant vorhanden sind, kommen in erster Reihe paralytische Anfälle. Ich schreibe hier recht und schlecht paralytische Anfälle, weil im Allgemeinen in den hier geführten Journalen nicht angegeben ist, ob sie apoplektiform oder epileptiform gewesen sind — zwischen denen der wesentlichste Unterschied der sein sollte, dass die ersteren eine längere oder kürzere Zeit bestehende Lähmung hinterliessen. Von den 168 Fällen waren in 98 paralytische Anfälle vorgekommen, also in 58%, in 18 der 30 weiblichen Fälle, also 60%, dies im Gegensatz zu der Angabe, dass die Anfälle bei Frauen seltener sind als bei Männern. Greidenberg fand sie bei Männern in 36,7%, bei Frauen in 26,5%. Für beide Geschlechter zusammen giebt Hougberg 61,7% an, Kraepelin 20%, Heilbronner 60%.

Pupillenveränderungen fanden sich, wie erwähnt, in 157 Fällen vor. Näher werden die Veränderungen so specificirt:

Tabelle VI.

Pupillenverschiedenheit	118	Fälle
„ als alleinige Pupillenveränderung	61	„
Keine oder geschwächte Lichtreaction .	32	„
Lichtreaction als alleinige Pupillenveränd.	8	„
Dimensionsveränderung: Dilatation 8		
„ Contraction 46 =	54	„
„ als alleinige Pupillenveränderung	21	„

Mendel fand Differenz in 60%, Nasse in 99% von 103 Fällen, Kraepelin Differenz in 57,5%, Reactionslosigkeit in 34%, langsame Reaction in 35,5%. Hougberg giebt an, dass Mydriasis auf einem oder beiden Augen in 63,5%, Myosis auf einem oder beiden Augen in 8,4%, Reactionslosigkeit auf einem oder beiden Augen in nicht weniger als 57,9% vorkam.

In seinem Lehrbuche vom Jahre 1893 sagt Krafft-Ebing, dass Hallucinationen bei Dementia paralytica sehr selten sind und dass das Vorkommen solcher Zweifel über die Richtigkeit der Diagnose erwecken muss. In seiner Monographie in Nothnagels Specieller Pathologie und Therapie von 1894 giebt er doch zu, dass sie häufiger vorkommen, als er früher glaubte. Kraepelin (1896) ist der Ansicht, dass die Sinnestäuschungen eine unbedeutende Rolle spielen und dass die Mehrzahl der Fälle ohne solche verläuft. Mendel hat ein häufiges Vorkommen von Sinnestäuschungen, bei 161 Fällen 65 mal beobachtet. Eine Zifferangabe habe ich übrigens nur bei Jacobson und Greidenberg finden können. Letzterer fand Hallucinationen bei Männern in 15,8%, bei Frauen in 14,7%. Ersterer fand sie in 46,5%, doppelt so oft Gehör- als Gesichtshallucinationen. In 55 der 168 hier in Frage stehenden Fälle kamen Hallucinationen vor, also in 33,3%. Von diesen waren Gehörhallucinationen 9%, Sinnestäuschungen 11,5% und gemischte Hallucinationen 12,5%.

In 10 Fällen kamen Magen- oder Darmblutungen vor, gewöhnlich in einem sehr späten Stadium der Krankheit, meist unmittelbar vor dem Tode. In einem dieser Fälle war die Intestinalblutung mit Blutungen im Unterhautbindegewebe verbunden, in einem Fall fand sich eine Purpura ohne Combination mit inneren Blutungen vor. Hämatome kamen in fünf Fällen vor; drei waren Othämatome, die zwei anderen lagen in der Stirngegend. Schon hier kann erwähnt werden, dass bei der Obduction Erosionen in der Magenschleimhaut in sieben der Fälle, wo Magenblutung vorangegangen war, angetroffen wurden; in den Fällen, wo keine solchen vorkamen, dürfte wohl entweder die Blutung so lange Zeit vor dem Tode erfolgt sein, dass die Erosionen hatten heilen können, oder der Defect so unbedeutend gewesen sein, dass er nicht hat entdeckt werden können. Mendel, welcher in seiner Monographie das Vorkommen von Blutungen aus Magen, Darm, Blase und Haut erwähnt, führt auch an, dass er wiederholte Male, wenn er bei Lebzeiten eine Blutung beobachtet hatte, bei der Obduction keine Läsion hat entdecken können.

Diese wie alle extra-cerebro-spinale Symptome sind interessant, da sie in gewisser Beziehung für die von Kraepelin aufgestellte Theorie von Dementia paralytica als einer auf Störung im Stoffwechsel beruhenden allgemeinen constitutionellen Krankheit spricht, welche allerdings die augenfälligsten und für die Krankheit charakteristischsten Veränderungen ins Gehirn localisirt, aber keineswegs nicht nur dahin, sondern auch in die übrigen Theile des Organismus. Indess könnte gegen die Argumentation, welche Kraepelin zur Vertheidigung seiner Ansicht vorbringt, der Einwand erhoben werden, dass es zwar wahr ist, dass andere Geisteskrankheiten diese Symptome von anderen Theilen des Körpers nicht im Gefolge haben, deren Charakter aber besteht gerade darin, dass sie sich nur oder hauptsächlich zu der psychischen Sphäre halten. Bei Dementia paralytica dagegen wird ja rasch nach der psychischen auch die vegetative Sphäre angegriffen, und zu dieser ist natürlich



auch die trophische Macht des Gehirns über den Körper zu zählen. Eine Störung in dieser letzteren ist mächtig genug, sowohl Gewichtsveränderungen und Temperaturstörungen als Blutungen zu verursachen. Dieser Einwand gegen die Beweisführung braucht keinesfalls ein Einwand gegen die Theorie zu sein. — Von übrigen weniger gewöhnlichen Symptomen fanden sich Augenmuskellähmung, Ptosis, Nystagmus und Exophthalmus in je einem Fall vor, in einem Fall eine sehr deutliche Hyperakusis.

(Schluss folgt.)



Mittheilungen.

Sechste Sitzung des Nordostdeutschen psychiatr. Vereins im Curhause Westerplatte bei Danzig am 3. Juli 1899.

1. Wallenberg-Danzig: Marchi-Degeneration von Achsencylinder-Endnetzen.

Bei der Degeneration der Nervenfasern nach Abtrennung vom Centrum zeigen mit der Marchischen Färbung mit Osmium nicht nur die Markscheiden scholligen Zerfall, sondern auch die Achsencylinder weisen Zerfall in feinste Körnchen auf. Es frägt sich nun, ob auch die Achsencylinder-Endigungen zerfallen. W. hat schon vor mehreren Jahren nach der Entfernung der Grosshirnhemisphären bei der Taube Präparate erhalten, bei welchen die Degeneration nicht nur bis in die Kerne zu verfolgen war, sondern die Zellen selbst sich schwarz färbten. Neuerdings nun hat er bei Versuchen, das Chiasma bei Katzen vom Munde aus zu durchschneiden, bei einem Thiere, wo zufällig gleichzeitig der Thalamus opticus (medialer Theil mit Fornix und Cingulum) durchschnitten wurde, eine Degeneration 1. der Thalamus-Olfactorius-Fasern, 2. eines grossen Theils des Gyrus fornicatus, 3. des Gyrus marginalis und 4. des Gyrus coronalis gefunden und sehr häufig dabei die degenerirten Fasern bis in die Zellen der Hirnrinde verfolgen können, wo sie in ein Netzwerk von feinsten Fettkörnchen endigten, entsprechend den von Held u. A. beschriebenen pericellulären Netzen, die übrigens nicht, wie Held behauptet, mit den Zellen in Contact stehen. Da W. aber die Degeneration der Endnetze nicht bei allen Fasern gefunden hat, ohne dass es ihm bisher gelungen ist, die Bedingungen zum Zustandekommen derselben zu erkennen, so hält W. die Auffassung, dass nach Abtrennung einer Nervenfaser vom Centrum die gesammten Fasern bis in ihre Endnetze degeneriren, noch nicht für feststehend und eine Nachprüfung für erforderlich.

2. Dobrick-Conradstein: Ueber Alterspsychosen.

D. giebt eine auf dem Studium der Literatur beruhende klinische Darstellung der Alterspsychosen, über welche erst in neuerer Zeit eingehendere, besonders auf anatomischen Untersuchungen gegründete Arbeiten erschienen sind, während die älteren fast nur historisches Interesse haben.

Das Senium wird vom 60. Lebensjahre an gerechnet (vom 50. bis 60. Jahre Senium praecox). Die Alterspsychosen bilden nach Wille 8 %, nach Schüle 6,5 % aller Psychosen. Bei Männern sind sie häufiger als bei Frauen. Sie sind im Allgemeinen verursacht durch die Atrophie des gesammten Gehirns, welche ihrerseits durch die atheromatöse Degeneration der Gefässe bedingt ist.

Die Heredität, welche nach Noetzli und Ziehen für die Entstehung derselben eine nicht unwesentliche Rolle spielt, hat nach Kraepelin keine Bedeutung, grössere kommt dem psychischen Einflusse des Seniums und den mit demselben häufig verbundenen körperlichen Störungen (Magenkatarrh, Prostatahypertrophie) und nach Forel dem Alcoholmissbrauch zu (Dementia senilis alcoholica).

Man theilt die Alterspsychosen am besten nach anatomischen Principien ein in 1. chronische, langsam verlaufende Psychosen ohne Herde und Herdsymptome („stille Demenz“ meist in Hospitälern, Armenhäusern); 2. acute Psychosen, die mit Herdsymptomen (Schlaganfällen) beginnen und zu rasch fortschreitender, hochgradiger Demenz führen; 3. einfache Psychosen (Melancholie, Manie, Dementia etc.) während des Seniums, durch welches sie nur eine bestimmte Färbung bekommen. So ist die Melancholie meist hypochondrisch gefärbt, arm an Ideen, selten mit Versündigungsideen, mit geringerer Depression, geringeren Affecten etc. Paranoische Zustände sind wegen der intellectuellen Defecte selten.

Die pathologisch-anatomischen Befunde sind: dichtes Fasernetz, Reichthum an Spindelzellen, ausgebreitete Degeneration der Ganglienzellen in allen Stadien bis zum Pigmenthäufchen, Kerntheilungsfiguren in den Zellen, Zunahme der pericellulären Substanz etc.

Discussion. Meschede-Königsberg hält den Alcohol für keine Ursache der senilen Geistesstörungen, weil die Alcoholiker schon früh wegsterben. Paranoia ist im Senium zwar selten, aber kommt vor. Diese und die anderen im Senium vorkommenden Geistesstörungen, wie Epilepsie, Paralyse, die Psychosen nach Apoplexien, Intoxicationen und die einfachen Formen der Psychosen sind keine senilen Geistesstörungen; nur was nach Ausscheidung derselben übrig bleibt, kann als Dementia senilis bezeichnet werden.

Warnhauer-Inowrazlaw. Nach seinen Erfahrungen spielt die Heredität keine so untergeordnete Rolle.



Hoppe-Allenberg. Der Umstand, dass nach der Statistik die senile Demenz bei Frauen seltener ist als bei Männern, scheint für die ätiologische Rolle des Alcohols bei derselben zu sprechen. Es ist zwar richtig, dass die Säufer im Allgemeinen früh wegsterben, doch ist der in der Männerwelt so ausgebreitete Alcoholmissbrauch minderer Grade, welcher das Leben in nicht so bedeutendem Maasse verkürzt, völlig genügend zum Zustandekommen der atheromatösen Gefässveränderungen, für welche der Alcohol eine Hauptursache bildet.

Freymuth-Danzig. Was man als Schulfälle von seniler Demenz bezeichnet, kann man als durch Atheromatose bedingt halten. Der Alcohol spielt aber dabei keine Rolle. Die senile Demenz ist nach seinen Erfahrungen auch bei Frauen durchaus nicht seltener.

3. Sturmhöfel-Conradstein: Ueber Mikrogyrie.

Vortragender demonstrirt das Gehirn und Photographien vom Schädel eines Idioten mit Mikrogyrie. Es handelt sich um einen 24jährigen Idioten, der, seit dem dritten Lebensjahre krank, im vierten Krämpfe bekam und dann schnell verblödet ist. Bei der Aufnahme zeigte er sich auf der tiefsten Stufe stehend, stiess nur unartikulirte Laute aus, liess Koth und Urin unter sich und war sehr heruntergekommen. Knie- und Hüftgelenk in Contractur, Schädel auffällig klein, asymetrisch, Stirn niedrig und schmal, Zähne sehr unregelmässig und Thorax rhachitisch. Nach einigen Wochen starb er an hypostatischer Pneumonie.

Das Schädeldach zeigte tiefe Gefässfurchen; in der vorderen Schädelgrube zeigte der Knochen wulstige Erhebungen; Dura am Scheitelbein siebartig durchlöchert. Gehirngewicht 688 g. Tract. olfact. sehr dünn, plattgedrückt, Gyri recti rüsselförmig vorgewölbt. Kleinhirnhemisphären und Schläfenlappen rechts kleiner als links, Gefässe rechts noch einmal so dünn wie links. Durch die Convexität ist das Kleinhirn nicht bedeckt. Die rechte Hemisphäre ist kürzer. Verkümmert sind besonders die Gyri praecentrales und beide Centralwindungen und das Occipitalhirn (besonders an der zweiten Windung); der Praecuneus ist grösser und breiter als links. Die verkümmerten Windungen sind eigenthümlich hart; auch das Rückenmark ist hart, zeigt undeutliche Zeichnung, und die rechte Hälfte ist etwas schmäler.

Es handelt sich wohl um die Residuen einer Entzündung (Meningoencephalitis), die wahrscheinlich in frühester Kindheit stattgefunden hat.

4. Sturmhöfel-Conradstein: Kurze Mittheilung über die Anwendung von Dionin bei Psychosen.

Das Dionin, ein Morphiumderivat, welches als Ersatzmittel des Morphiums empfohlen worden ist und ungefähr in der Mitte zwischen Morphium und Codeïn steht, ist in Conradstein auf seine Brauchbarkeit bei Erregungszuständen geprüft worden, ist aber in allen Fällen, obgleich die Dosen von zweimal täglich 0,03 subcutan beträchtlich gesteigert wurden, ohne jeden Einfluss auf Erregungszustand und Schlaf geblieben. Dagegen erwies es sich bei acuten und chronischen Affectionen des Respirationssystems als gutes, Husten linderndes Mittel, wie dies auch anderweitig angegeben worden ist.

Discussion. Freymuth-Danzig hat das Dionin in etwa 1000 Fällen, darunter auch bei psychischen Affectionen leichter Art (besonders hysterischen Zuständen) angewendet und als vorzügliches Mittel zur Stillung des Hustenreizes, ausserdem in einzelnen Fällen von Bronchialasthma erprobt, während es bei Psychosen nichts leistete.

Hoppe. Die Wirkungslosigkeit des Dionin bei Erregungszuständen war a priori vorauszusehen, da es ja ein Derivat und Ersatz des Morphiums ist. Morphium ist aber durchaus kein Schlafmittel, sondern bringt nur Beruhigung und Schlaf, wo die Schlaflosigkeit und die Erregung durch physische oder psychische Schmerzen bedingt ist, und zwar indirect durch Linderung der Schmerzen. Also nur bei den Angst- und Erregungszuständen der Melancholiker wäre etwas vom Dionin zu erwarten.

Krömer-Conradstein bestreitet, dass Morphium nur bei melancholischen Erregungszuständen wirke, seine Wirkung erstrecke sich, wie die Arbeit von Knecht beweise, auf Erregungszustände aller Art. Uebrigens ist das Dionin auch bei melancholischen Angstzuständen versucht worden, aber ohne Erfolg.

5. Knust-Neustadt (W.-Pr.): Ueber Urotropin.

Das Urotropin, welches neuerdings in der Therapie der Nieren- und Blasenkrankheiten aufgekommen ist, hat die Eigenschaft Harnsäure zu lösen und (wahrscheinlich durch Bildung von Formaldehyd, welches nach seiner Verabreichung im Harn gefunden wird) den Harn steril zu machen; es ist also ein Desinfectionsmittel, welches seine Anwendung bei Cystitis, Pyelitis etc. findet.

K. hat es nun bei mehreren erregten, schwer zu behandelnden Geisteskranken, die an solchen Zuständen litten, mit vorzüglichem Erfolge angewandt. Besonders eclatant ist der Fall eines Periodicus mit lange dauernden Erregungszuständen, welcher im Beginn der Erregungszustände einen leicht getrübten, aber noch sauren Urin zeigte, der allmählich immer trüber wurde und Schleim, Eiter und massenhaft Micrococcen enthielt. Da der Catheterismus und damit die Blasenspülungen an der Prostatahypertrophie und der Erregung des Kranken scheitern, so wurde zuerst am 23. Februar Urotropin 4mal täglich 0,5 gegeben. Bereits nach zwei Tagen besserte sich der Urin und war am 3. März schwach sauer und klar. Nach Aussetzen des Urotropins trat jedesmal wieder Verschlimmerung ein, die durch Urotropin bald wieder beseitigt wurde; am 10. Juni konnte es ganz ausgesetzt werden. Seit der Urotropinverab-



reichung hat sich das Körpergewicht sehr gehoben. Der zweite Fall betraf einen senil Dementen mit hochgradiger Prostatahypertrophie und Harnträufeln, welcher einen sehr üblen Geruch verbreitete. Hier ergab das Urotropin ein ähnliches Resultat wie im ersten Falle und bewirkte vor allen Dingen, dass die Station nicht so unter dem Geruch zu leiden hatte. In einem dritten Falle hatte es ebenfalls rasche, wenn auch keine dauernde Wirkung.

6. Siemens-Lauenburg: Die Bedeutung des Tuberculose-Congresses Berlin 1899 für die Irrenanstalten. (Erscheint in der nächsten Nummer der Psych. Wochenschrift.)

Die nächste Sitzung findet in Danzig statt.

Hoppe.

— **Aus der Schweiz.** Nachstehend bringen wir die in Nr. 15 angekündigte Verordnung, betr. die private Verpflegung von Irren im Canton Zürich, zum Abdruck:

Der Regierungsrath, in Ausführung von § 40 des Medicinalgesetzes vom 7. October 1854 und § 2 des Gesetzes betreffend die öffentliche Gesundheitspflege vom 10. December 1876, verordnet:

A) Verpflegung in Anstalten.

1. Bewilligung.

§ 1. Wer eine Irrenanstalt errichten oder betreiben will, bedarf hierfür der Bewilligung der mit dem Gesundheitswesen betrauten Direction des Regierungsrathes.

Diese Vorschrift gilt auch für solche Anstalten, welche neben anderen Kranken einzelne Geisteskranke aufnehmen.

§ 2. Die Bewilligung kann an einzelne Personen oder an Gemeinden, Vereine und Gesellschaften ertheilt werden.

§ 3. Sie darf nur an solche Bewerber aushingegeben werden, welche hinreichende Gewähr für gute Besorgung der Geisteskranken bieten, und nur an solche Einzelpersonen, welche in bürgerlichen Rechten und Ehren stehen und eines guten Leumundes geniessen.

§ 4. Dem Gesuche um Bewilligung zur Errichtung (beziehungsweise zur Erweiterung oder zum Umbau) und zum Betrieb einer Privat-Irrenanstalt sind zur Genehmigung beizugeben:

1. Situationspläne, Grundrisse und Querschnitte,
2. Bau- und Möblirungsbeschreibung,
3. Angaben über Art und Zahl der aufzunehmenden Kranken, sowie des Wartpersonals.

§ 5. Die Bewilligung gilt nur für die Person, das Local, die Maximalzahl und die Art von Geisteskranken, auf welche sie lautet.

§ 6. Bevor die Bewilligung durch die competente Behörde ertheilt ist, darf eine neue Anstalt nicht eröffnet werden.

2. Locale.

§ 7. Für die bauliche Einrichtung der Anstaltsgebäude sind die Bestimmungen der Abschnitte V und VI des Baugesetzes für Ortschaften mit städtischen Verhältnissen vom 23. April 1893 maassgebend, mit folgenden Erweiterungen:

Die Anstaltsgebäude sind auf trockenem Baugrund in sonniger Lage zu erstellen. Die innere Eintheilung soll die vollständige Trennung der Geschlechter vorsehen, wenn Kranke beider Geschlechter aufgenommen werden sollen.

Die Treppen und Gänge müssen hell, gut ventilirbar, erstere mindestens 1,2 m, letztere mindestens 2 m breit sein. Die Zimmer müssen eine lichte Höhe von mindestens 2,5 m und per Bett einen Luftraum von mindestens 20 cbm haben. Die Fenster sind mit Klappflügeln, die Heizröhren mit Schutzvorrichtungen zu versehen; Oefen mit Rohrklappen sind nicht gestattet. Die Böden sind aus hartem, leicht zu reinigendem Material zu erstellen. Aborte und Pissoire sind womöglich mit Spülvorrichtungen zu versehen.

§ 8. Die Anstaltsgebäude sollen mit genügendem Trinkwasser versehen und mit den nöthigen Einrichtungen für Bäder, Feuerlöschzwecke, Abwasserableitung, sowie mit allen dem Stande der Technik entsprechenden Vorkehrungen für rationelle Krankenpflege ausgerüstet sein.

Es ist für das Vorhandensein von Tagräumen in genügender Zahl und Grösse zu sorgen; in Anstalten mit mehr als fünf Patienten soll ein besonderes Krankenzimmer eingerichtet werden, sofern nicht jeder Patient ein eigenes Zimmer bewohnt.

Für den Aufenthalt im Freien sollen den Patienten geräumige Höfe oder Anlagen zur Verfügung stehen.

§ 9. Die zuständige Direction ist befugt, je nach Befund, noch anderweitige Anordnungen betreffend Einrichtung und Unterhaltung der Anstaltsräume zu treffen.

3. Aufnahme von Kranken.

§ 10. Eine freiwillig in eine private Irrenanstalt eintretende Person darf nur aufgenommen werden, wenn sie dem Inhaber der Anstalt eine bezügliche schriftliche Erklärung ausstellt.

§ 11. Für Geisteskranke, welche auf Veranlassung von Familienangehörigen oder von Behörden in private Anstalten eingebracht werden, sind folgende Ausweise beizubringen:

a) eine Krankengeschichte mit ärztlichem Zeugniss, das nicht früher als 14 Tage vor der Aufnahme ausgestellt wurde, auf persönlicher Untersuchung beruhen und die Geistesstörung, sowie den Grund für die Aufnahme bezeichnen soll.

   Der das Zeugniss ausstellende Arzt darf mit dem Kranken weder im ersten noch im zweiten Grade verwandt, noch Vormund desselben, noch Arzt der Anstalt sein, die den Kranken aufnimmt;

b) eine schriftliche Erklärung des gesetzlichen Vertreters, oder des Ehegatten, oder volljähriger Geschwister, oder, wenn diese fehlen, der zu-



ständigen Vormundschafts- oder Armenbehörde, dass sie den Eintritt des Kranken in die Anstalt wünschen.

Die Aufnahme darf nur erfolgen, sofern diese Schriftstücke zur Stelle sind. In Nothfällen genügt zur Aufnahme das ärztliche Zeugniss; die übrigen Ausweise sind aber innerhalb 24 Stunden beizubringen.

§ 12. Sowohl die schriftliche Erklärung im Falle des § 10 als die in § 11 genannten Aktenstücke sind innerhalb zwei Tagen nach der Aufnahme dem Bezirksarzt einzusenden.

§ 13. Jede in eine private Irrenanstalt aufgenommene Person ist spätestens zehn Tage nach erfolgter Aufnahme durch den Bezirksarzt auf ihren Geisteszustand zu untersuchen. Ueber den Befund hat der Bezirksarzt innerhalb zwei Tagen Mittheilung an die zuständige Direction (§ 1) zu machen, welche verfügt, ob die aufgenommene Person in der Anstalt verbleiben kann.

4. Austritt.

§ 14. Ist ein Insasse der Anstalt als geheilt zu betrachten, so hat der Anstaltsarzt dem Anstaltsleiter und dem Bezirksarzt eine bezügliche Erklärung abzugeben, worauf die Entlassung erfolgen kann.

§ 15. Will ein auf Veranlassung von Familienangehörigen oder von Behörden Eingebrachter die Anstalt verlassen, so ist ihm Gelegenheit zu geben, ein schriftliches Gesuch abzufassen, das mit einem Berichte des Anstaltsarztes der zuständigen Direction des Regierungsrathes (§ 1) einzusenden ist. Diese Direction unterbreitet das Gesuch der Aufsichtscommission (§ 23), welche nach Anhörung derjenigen, auf deren Veranlassung die Einbringung erfolgt war, endgültig über Entsprechung oder Abweisung entscheidet. Analog ist zu verfahren, wenn Familienangehörige oder Behörden die Entlassung eines Insassen verlangen. Die Entlassung soll erfolgen, wenn der Betreffende weder selbst- noch gemeingefährlich ist und für eine richtige Unterkunft desselben gesorgt ist. Das Verfahren ist mit möglichster Beförderung durchzuführen.

§ 16. Ein freiwillig Eingetretener darf jederzeit austreten. Sofern aber sein Zustand sich in der Anstalt so verschlimmert hat, dass dem Anstaltsarzte dessen Zurückhaltung als nothwendig erscheint, so ist mit einem allfälligen Austrittsbegehren nach Analogie von § 15 zu verfahren.

5. Verpflegung der Kranken.

§ 17. Jede Privatanstalt, in welche Geisteskranke aufgenommen werden, hat deren ärztliche Behandlung einem diplomirten Arzt zu übertragen.

Ist der Inhaber der Anstalt ein diplomirter Arzt, so ist er berechtigt, die ärztliche Behandlung der Kranken selbst zu besorgen.

§ 18. Zwangsmaassregeln dürfen gegen Insassen nur im Nothfalle angewendet werden. Zulässige Zwangsmittel sind: Isolirung (Einschliessung), Zwangsjacke (Maillot) und Deckelbad. Ueber die Anwendung solcher Maassregeln ist ein genaues Verzeichniss zu führen.

§ 19. Insassen, gegen welche Zwangsmittel nothwendig werden, sollen, soweit Platz vorhanden, auf Anordnung der zuständigen Direction des Regierungsrathes (§ 1) in staatliche Anstalten oder in Privatanstalten verbracht werden, welche für die Aufnahme solcher Kranken eine specielle Bewilligung haben (§ 5). Eine solche Bewilligung wird nur ertheilt, wenn Einrichtung und Leitung der Anstalt für die fachgemässe Behandlung der Kranken Gewähr bieten.

§ 20. Anstaltsreglement, Hausordnung und Speiseordnung unterliegen der Genehmigung der zuständigen Direction des Regierungsrathes (§ 1).

6. Berichterstattung und Aufsicht.

§ 21. Die Vorsteher von Privat-Irrenanstalten haben genaue Verzeichnisse zu führen, aus denen der Personalbestand der Anstalt (Aufnahme, Art der Krankheit, Krankengeschichte, Dauer der Anstaltsversorgung, Kostgeld, Wartpersonal) ersichtlich ist.

Sie haben der zuständigen Direction (§ 1) monatlich einen tabellarischen Bericht über Bestand, Aufnahmen und Entlassungen und je auf Ende des Jahres einen umfassenden Bericht über den Betrieb der Anstalt einzureichen.

Die Form der Aufnahmeformulare, Verzeichnisse, Berichte, Ausweise etc. wird von der zuständigen Direction des Regierungsrathes festgestellt.

§ 22. Die Privat-Irrenanstalten stehen unter der Aufsicht der Bezirksärzte, welche dieselben vierteljährlich mindestens einmal zu besuchen haben.

Die Bezirksärzte haben der zuständigen Direction (§ 1) über den Inspectionsbefund jeweilen auf 30. Juni und 31. December, in dringlichen Fällen sofort, Bericht zu erstatten.

§ 23. Die Oberaufsicht wird von der zuständigen Direction des Regierungsrathes (§ 1) in Verbindung mit einer vom Regierungsrathe zu wählenden, zum Theil aus Fachleuten bestehenden Commission ausgeübt.

Der Regierungsrath bestimmt die Competenzen und Obliegenheiten dieser Commission; er kann ihre Functionen auch einem cantonalen oder intercantonalen Inspectorate übertragen.

§ 24. An die Kosten der Untersuchung der Patienten und der Beaufsichtigung der Privat-Irrenanstalten durch die Bezirksärzte (§§ 13 und 22) haben diese Anstalten Beiträge zu leisten, welche von der zuständigen Direction (§ 1) festgestellt werden.

7. Uebergangsbestimmung.

§ 25. Die Bestimmungen dieser Verordnung finden auch Anwendung auf die bereits bestehenden Irrenanstalten. Für die Ausführung baulicher Aenderungen (§§ 7 und 8) ist denselben Frist bis zum 31. December 1901 angesetzt.

Der Regierungsrath ist jedoch befugt, von der Anwendung der §§ 7 und 8 abzusehen, sofern es sich um Anstalten handelt, deren Art und Betrieb



sich der Familienversorgung nähert, oder um solche, deren Umbau nicht ohne unverhältnissmässige öconomische Belastung des Eigenthümers möglich ist.

B) Verpflegung in Familien.

§ 26. Für die Verpflegung einzelner Geisteskranker gegen Entgelt (Kostgeld, Arbeitsleistung) in fremden Familien gelten die Bestimmungen der §§ 1, 3, 10, 11, 12, 13, 21, 22, 23 und 24.

Die Anwendung irgendwelcher Zwangsmittel gegen solche Verpflegte ist untersagt.

C) Straf- und Schlussbestimmungen.

§ 27. Uebertretung von Bestimmungen dieser Verordnung wird mit Polizeibusse von 5 bis 500 Franken, in schwereren Fällen mit Entzug der Concession bestraft; vorbehalten bleibt die allfällige Ueberweisung an die Gerichte.

§ 28. Diese Verordnung tritt nach ihrer Genehmigung durch den Cantonsrath mit der Publication im Amtsblatt in Kraft.

Zürich, den 19. Juni 1899.

Im Namen des Regierungsrathes,
Der Präsident:
Dr. J. Stössel.
Der Staatsschreiber:
Stüssi.

Der Cantonsrath hat vorstehende Verordnung in seiner Sitzung vom 19. Juni 1899 genehmigt.

— **Aus München.** Die psychiatrische Wochenschrift hat in der Nummer vom 3. Juni d. J. über die Errichtung einer neuen Kreisirrenanstalt in Oberbayern eine kurze Mittheilung gebracht. Diese Angelegenheit hat inzwischen einen weiteren Schritt zur Lösung gemacht. Die Besichtigung der zum Kaufe angebotenen Grundcomplexe hat stattgefunden und die Vertreter des Landrathes, der Kreisregierung und die beigezogenen Irrenärzte sind von der Reise zurückgekehrt, welche sie zur Information nach Zschadras, Altscherbitz, Conradstein, Uchtspringe und Herzberge unternommen hatten. Die hohe Befriedigung über das Gesehene ist allgemein.

Da der Aufnahmebezirk der neuen Anstalt namentlich die Hauptstadt München umfasst, ist beschlossen, die Anstalt im Bereiche des Eisenbahnvorortverkehrs von München zu errichten, und zwar mit einem Fassungsraume bis zu 1000 Pfleglingen und mit einem Kostenaufwande von 5 000 000 Mk. Die bisherige Münchener Anstalt ist für 550 Irre berechnet. Die Zahl derselben hat aber 600 weit überschritten, so dass der ständige Landrathsausschuss aus eigener Initiative die Errichtung einer neuen Anstalt beantragt hat.

Wie die Wochenschrift hervorgehoben hat, ist dem Landrathe von Oberbayern die Errichtung einer neuen Irrenanstalt unter der Voraussetzung und mit dem Vorbehalte, dass die staatlichen Interessen und insbesondere die Interessen des psychiatrischen Unterrichts entsprechend gewahrt werden, von höchster Stelle genehmigt worden. Da dieser Rede Sinn dunkel ist, so wird vor der definitiven Beschlussfassung der Kreisvertretung eine nähere Erläuterung vom Staatsministerium erbeten werden müssen.

Die Entwicklung des bayerischen Irrenwesens datirt von der Zeit des Erlasses des Gesetzes „Die Ausscheidung der Kreislast von der Staatslast — 23. Mai 1846", in welchem der Aufwand für Irrenhäuser als Kreislast erklärt wurde. In München bestand damals ein kleines, von einem menschenfreundlichen Münchener Arzte errichtetes Asyl für Irre. Die Mehrzahl der Geisteskranken musste nach Irsee bei Kaufbeuren im Kreise Schwaben und Neuburg gebracht werden. Den gesetzlichen Bestimmungen entsprechend entstand eine oberbayerische Kreisirrenanstalt in München, in welcher vom Jahre 1862 an psychiatrischer Unterricht mit Klinik abgehalten wurde. Nachdem Errichtung und Unterhaltung einer Klinik keine Kreislast, sondern Staatslast ist, hat der Landrath von Oberbayern erklärt, dass er wohl die Erlaubniss zur Abhaltung einer Klinik in der Kreisirrenanstalt ertheile, aber sich das Recht zur Rücknahme der Erlaubniss ausbedinge.

Anfang der 70er Jahre wurde die Anstalt München als zu klein befunden und es entstand jener umfangreiche Um- und Ausbau der Anstalt, welcher für die damalige Zeit einen bedeutenden Fortschritt bezüglich Unterbringung, Verpflegung und Behandlung der Irren bekundete. Für längere Zeit galt die Münchener Anstalt als Muster und wurde als solche von vielen Irrenärzten angesehen und besucht.

Waren bisher noch vielfach Irre in Privatpflege, weil den Angehörigen die Kosten in einer Anstalt zu hoch erschienen, so wuchs die Zahl der Pfleglinge, als es möglich wurde, armen Gemeinden und Einzelnen aus Mitteln eines Unterstützungsfonds unter die Arme zu greifen. Dazu kam dann auch die stetige Zunahme der Bevölkerungsziffer, und die Folge war die abermalige Ueberfüllung der Münchener Anstalt.

Der Landrath beschloss die Errichtung einer zweiten Kreisirrenanstalt — Gabersee. In dieser wurde das Princip der Offenthürbehandlung, der freien Verpflegung nach dem Muster von Altscherbitz durchgeführt. Der Kreis hat damit einen glücklichen Griff gemacht. Die Anstalt Gabersee unter der umsichtigen Leitung des Directors Dr. Bandorf zeigt eine Anziehungskraft, welcher aus allen Welttheilen Folge geleistet wurde.

Welcher Fachmann und umsichtige Laie die Münchener Anstalt kennt, wird es als das Beste betrachten, dass nach Errichtung einer neuen Anstalt dieselbe aufgelassen werde. Nur solche, welche noch keine andere Anstalt gesehen haben, dürften anderer Meinung sein.

Wie soll nun aber eine neue psychiatrische Klinik erstehen? Die medicinische Facultät München hat im Jahre 1895 die Errichtung einer eigenen psychiatrischen Klinik beantragt, nachdem schon im Jahre 1886 der Landrath von Oberbayern dargelegt hatte, dass die Verbindung der Professur der Psychiatrie

mit der Direction der Kreisirrenanstalt ein Nachtheil sei, weil die Kraft eines Mannes für Erfüllung beider Obliegenheiten nicht ausreiche. Zudem ist der Professor ein Staatsbeamter, der Director der Anstalt ein Kreisbeamter.

Die verschiedenen medicinisch-klinischen Institute in München sind zur Zeit mehrere Kilometer von der Irrenanstalt, somit von der Klinik entfernt. Bei dem Umstande, dass die Vortragsstunden der Professoren sich eng aneinander schliessen, ist diese Entfernung nachtheilig für den Unterricht und zeitraubend für die Studierenden. Dass die Errichtung einer psychiatrischen Universitätsklinik allseitig gewünscht wird, auch von Seiten des Staates, darf als sicher angenommen werden. Es handelt sich nur um den nervus rerum. Wem die Pflicht der Errichtung und Unterhaltung einer Klinik obliegt, ist unzweifelhaft. Bei ernstlichem Willen ist auch im Interesse des Ansehens der Universität München, speciell der medicinischen Facultät, welche die grösste Frequenz aller medicinischen Facultäten Deutschlands aufweist, das zu erzielen, was nothwendig, was dringendes Bedürfniss ist, und die Kosten wird der Landtag gewähren, auch wenn ihm die gemachten Fehler bekannt werden. Was das nothwendige Krankenmaterial für eine solche Klinik anbelangt, so ist ein Uebereinkommen zwischen Staat und Kreis zu erzielen, wenn der Kreisvertretung die Ueberzeugung bereitet wird, dass ihr Recht als Recht anerkannt wird.

— Nach einer Meldung der „Münch. Allg. Ztg.“ wird an den maassgebenden Stellen die **Revision des deutschen Strafsystems** in Erwägung gezogen, sobald die Arbeitskräfte, die die Einführung des bürgerlichen Gesetzbuchs noch in Anspruch nimmt, frei geworden sind. Vorerst hofft man eine Einigung unter den Vertretern des Zweckgedankens und der Vergeltungsidee zu erzielen, über welche beiden Hauptpunkte zunächst noch erhebliche Differenzen herrschen.

Personalnachricht.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

Hubertusburg. Am 3. Juli ist der Abtheilungsarzt Dr. med. Albrecht Gröbel, 34 Jahre alt, an Rippenfellentzündung gestorben. Der approbirte Arzt Hahn aus Grünhain ist als Hilfsarzt angestellt worden.

Bücherschau.

Die vor Kurzem erschienene neue Auflage von H. Laehr's **„Die Heil- und Pflege-Anstalten für Psychisch-Kranke des deutschen Sprachgebietes“**, Berlin, Georg Reimer, welche nach dem Stande und der Entwicklung der Anstalten vom bezw. bis 1. Januar 1898 abgefasst ist, darf — bei dem noch immer wachsenden geistigen Verkehre innerhalb psychiatrischer Kreise — der herzlichsten Bewillkommnung von seiten der Interessenten sicher sein. Die Seitenzahl ist, entsprechend der Zunahme der inzwischen, d. h. seit 1891 errichteten Anstalten und entsprechend den Zusätzen, die die weitere Entwicklung der bis dahin schon vorhandenen nothwendig machte, um die Hälfte derjenigen der vorhergegangenen Auflage vermehrt. Eine besonders bemerkenswerthe Zunahme hat das Verzeichniss der privaten Anstalten, zumal derer für toxische Psychosen (in der früheren Auflage für Trunksüchtige) und der offenen Curanstalten erfahren (der schlagendste Beweis dafür, dass die vielen Klagen über die Anstalten, über ungerechtfertigte Internirungen etc., wie sie in der Presse ab und zu breit getreten werden, bei den Zufluchtsuchenden keinen Anklang finden, und der deutlichste Ausdruck dafür, dass vielmehr das Vertrauen zu diesen Instituten und zur Behandlung innerhalb derselben beim Publikum immer mehr gestiegen ist), während ja die Zunahme der öffentlichen Irren- etc. Anstalten, namentlich für Preussen, in der gesetzlichen Förderung der Fürsorge seinen Grund hat. Im Uebrigen ist die Anordnung des Buches beibehalten worden. Die geographische Karte ist durch Colorirung übersichtlicher gemacht und ein Verzeichniss der am 1. Januar 1898 an den Anstalten thätig gewesenen Aerzte beigegeben worden. Der Herstellung der neuen Auflage hat Dr. Lewald seine Kräfte geliehen. Br.

Traumatische Hysterie und Siechthum. Von Dr. E. Schultze. (Aerztliche Sachverständigen-Zeitung IV, Nr. 14.)

Definition des Begriffes Siechthum und Auseinandersetzung seiner Beziehungen zur traumatischen Hysterie, beleuchtet durch einen typischen Fall dieser Erkrankung. Nach einem Ueberfall und körperlicher Misshandlung eines Landwirthes stellten sich bei ihm zuerst subjective, nach fünf Tagen auch objectiv nachweisbare, der traumatischen Hysterie eigenthümliche Krankheitssymptome ein, welche sich mit transitorischer Geistesstörung complicirten und einen dauernden Zustand des Verletzten zur Folge hatten, der als Siechthum im Sinne des § 224 St.-G.-B. aufgefasst werden konnte. Der Gerichtshof verurtheilte dementsprechend die Angeklagten. Dem Revisionsbegehren wurde stattgegeben wegen engerer Auffassung des Begriffes Siechthum, wegen der Möglichkeit der Besserung und weil unter Siechthum und Lähmung nach § 224 nur Affectionen des Körpers, nicht des Geistes verstanden werden können.

Kritische Besprechung der Ansicht hervorragender Juristen und Aerzte über den Begriff Siechthum.

Verfasser hebt die Pflicht der Aerzte hervor, nicht nur auf die allernächsten Folgen einer Verletzung für die Gesundheit des Beschädigten, sondern auch auf die eventuell weiter ab liegenden psychischen Schädigungen Bedacht zu nehmen. Dr. v. Scarpatetti.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton**, Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel**, Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler**, Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 17. 22. Juli **1899.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mark.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Die Bedeutung des Tuberculose-Congresses Berlin 1899 für die Irrenanstalten.*)

Von Geh. Med.-Rath Dr. *F. Siemens*-Lauenburg i. P.

M. H.! Von dem Herrn Landeshauptmann von Pommern bin ich seiner Zeit ermächtigt worden, dem Congress zur Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit, welcher, wie Sie wissen, zu Berlin vom 24. bis 27. Mai d. J. im Reichstagsgebäude tagte, beizuwohnen. In meiner Erwartung, dass die Ergebnisse des Congresses auch für unsere Irrenanstalten von Werth sein würden, bin ich nicht getäuscht worden.

Dass die Tuberculose auch unter den Insassen unserer Anstalten viele Opfer fordert, wissen wir leider Alle, und unser Bestreben muss dahin gehen, die Wege der Verbreitung der mörderischen Krankheit aufzuspüren, die nicht tuberculösen Kranken vor der Infection innerhalb der Anstalt zu schützen und die an der Tuberculose Leidenden aufs beste zu pflegen und womöglich zu heilen. — Es wird Sie daher interessiren, den kurzen Bericht eines Psychiaters über den Congress zu hören.

Zuvörderst ist zu sagen, dass durch den Congress zum ersten Male vor dem ganzen Lande, ja man kann sagen vor der ganzen civilisirten Welt, in eindringlichster Form die schweren Schädigungen behandelt worden sind, welche das Volkswohl, das Vermögen des Volkes an Gesundheit und Leben, Arbeitskraft und Wohlstand, und nicht zum wenigsten auch an Wehrkraft Jahr für Jahr durch die Tuberculose erfährt, und dass die Blicke der Oeffentlichkeit und der maassgebenden Stellen auf die Aufgaben hingelenkt sind, welche dadurch erwachsen.

Nicht dass überraschende Entdeckungen und Enthüllungen zu Tage getreten wären. Das konnte nicht die Aufgabe des Congresses sein. Aber nach der eben angedeuteten Richtung hin ist der Congress im vollsten Maasse als gelungen zu bezeichnen. Es war in der That eine der glänzendsten Versammlungen, die je zur Erörterung socialer und wissenschaftlicher Fragen zusammengetreten sind. Ich will Sie jedoch nicht mit Schilderungen über den äusseren Verlauf aufhalten, sondern nur einige Punkte aus den Referaten und Vorträgen herausgreifen, welche für uns von besonderer Wichtigkeit sind.

Nach den Ergebnissen der Statistik, welche ja zum Theil noch eine unvollkommene ist, ist soviel sicher, dass in Deutschland auf 1000 Einwohner der Lebensjahre zwischen 15 und 60 jährlich 2,95 Todesfälle an Tuberculose kommen unter 9,1 Todesfällen

*) Vortrag, gehalten am 3. Juli 1899 in Danzig-Westerplatte auf der sechsten Jahresversammlung des Vereins Nordostdeutscher Irrenärzte.



überhaupt, dass mithin die Tuberculose diejenige übertragbare Krankheit ist, welche die grössten Opfer an Menschenleben und Gesundheit fordert. Diese Opfer fallen wirthschaftlich um so schwerer ins Gewicht, da die verhältnissmässig grösste Anzahl derselben auf die productivste Altersklasse von 20 bis 30 Jahren entfällt. Hieraus folgt, dass schon aus wirthschaftlichen Erwägungen heraus — abgesehen von humanen und socialen — die grössten Aufwendungen gerechtfertigt sind, um diese Volksseuche zu bekämpfen.

Was die Entstehung der Tuberculose betrifft, so herrschte auf dem Congress Einstimmigkeit darüber, dass die erbliche Uebertragung keine oder doch nur eine verschwindend kleine Rolle spielt. Nur die Anlage, die Schwäche der Constitution, ist vererblich, und auch hierbei spielen sociale und häusliche Verhältnisse die Hauptrolle.

Bei der Verbreitung des Tuberculose-Bacillus spielt einerseits die Ausbreitung der Tuberculose unter den uns zur Nahrung dienenden Thieren eine grosse Rolle, andrerseits die Ansteckung in engen, den Anforderungen der Hygiene nicht entsprechenden Wohnungen und Arbeitsstätten.

Auf Grund dieser Erkenntniss, dass die Gefahr der Tuberculoseübertragung mit der Bevölkerungsdichtigkeit wächst, wurde mehrfach auf die Nothwendigkeit der gesetzlichen Regelung der Wohnungsfrage hingewiesen. Sie wissen aber aus den neuesten Verhandlungen des Reichstages, dass der Erlass eines Reichswohnungsgesetzes, wie es von Vielen erstrebt wird, nicht beabsichtigt ist. Es wird also Aufgabe der Communal-Verwaltungen, der Berufsgenossenschaften und socialen Versicherungsanstalten sein, für gute Wohnungen und Werkstätten zu sorgen. Doch dies nebenbei. Für unsere Geisteskranken ergiebt sich hieraus — und das ist ja auch nichts Neues für uns —, dass die Ueberfüllung der Anstalten die grösste Gefahr für Gesundheit und Leben der Insassen bedeutet und dass besonders durch die Tuberculose sie gefährdet sind. Man erkennt hieraus wieder, wie nothwendig und nützlich die preussische Verordnung über den Bau der Kranken- und Irrenanstalten war und ist, welche einen bestimmten Cubikraum für jeden Kranken vorschreibt.

Sie wissen aus dem ausgezeichneten Vortrag, welchen Mercklin vor vier Jahren hier bei uns gehalten hat,*) dass bei Ueberfüllung der Anstalten alle die schönen und kostspieligen Sachen, als da sind complicirte Spucknäpfe, Desinfectionsapparate u. s. w., keinen Nutzen haben. Alle die vorbeugenden Maassregeln, auf die ich noch kommen werde, lassen sich in überfüllten Anstalten nicht durchführen.

Zunächst möchte ich hier noch etwas einfügen über die Behandlung der Tuberculösen. In Bezug auf die Therapie drückten sich auf dem Congress die meisten ärztlichen Redner mit der vorsichtigen Zurückhaltung aus, welche geboten war. Von den überzeugten Kochianern, dem Collegen mit der Zimmtsäure und den Wasserdoctoren abgesehen gab man zu, dass es ein specifisches Heilmittel gegen die Tuberculose zur Zeit noch nicht giebt, dass gegenüber dem Tuberculin noch immer abwartende Vorsicht geboten ist und dass das Hauptgewicht auf die diätetisch-physicalische Behandlung zu legen ist, womöglich auf Anstaltsbehandlung.

Auf die möglichst zahlreiche Gründung von Heilstätten wurde daher der grösste Werth gelegt. Diese Aufgabe fällt den Organen der socialen Versicherung, den Gemeinden und der freiwilligen Hilfsthätigkeit zu.

Ueber die Anlage der Heilstätten und die Individualisirung der Krankenbehandlung wurden beachtenswerthe Winke gegeben.

Anstalten für Tuberculöse sollen in schöner, ruhiger, staubfreier, dem Verkehr etwas entrückter Lage errichtet werden. Kneipen in der Nähe sind bedenklich. Durch den Wirthshausbesuch, das Spielen, das Sitzen im Tabaksqualm und das Trinken wird die günstige Wirkung der Cur vernichtet. Auch der Besuch von ungeheizten, feucht-dunkeln Kirchen, das Knieen dabei ist schädlich.

Ein dichter Laubwald um die Anstalt ist nicht günstig, weil der Boden feuchter und kälter ist und das Sonnenlicht abgeschwächt wird. Ein Südabhang mit wenig Nadelholzbäumen ist das Beste. Frei von staubigen Winden muss der Platz sein.

Kranke mit schwachen Constitutionen können sehr wohl in der Heimath behandelt werden, wenn die Anstalt so liegt, wie eben angegeben, und wenn das Klima nicht allzu ungünstig ist. Für kräftigere Constitutionen passt das Höhenklima und die Seeküste oder die Seereise.

Das Wesentliche der Anstaltscur ist das dauernde Freiluftregime bei Tag und Nacht, die Abhärtung der Haut, die Behandlung mit Luft, Licht, Wasser, Massage, Gymnastik, besonders der Brust, durch vorsichtiges Steigen und Aehnliches, die gute Ernährung (zum Theil Ueberernährung), die richtige Bekleidung u. A.

*) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 52.

Durch alles dies wird der Organismus in den Stand gesetzt, der Infection Herr zu werden. Hand in Hand damit geht die psychische Behandlung, die Stärkung des Selbstgefühls und der Energie

So hochwichtig auch die Schaffung der Heilstätten für die Bekämpfung der Volksseuche ist, so geht die Hauptaufgabe doch darüber hinaus auf die Bekämpfung der Ursachen der Tuberculose. Wie schon oben angedeutet, muss die Wohnungsfrage, die Volksernährung, auch die Alcoholfrage gelöst werden. Das Volk muss zur Hygiene erzogen werden, das rücksichtslose Ausspucken auf den Fussboden muss beseitigt werden. Die Arbeitenden in den Werkstätten müssen geschützt werden. Als Werkstätten sollten nur helle, luftige Räume geduldet werden; die Hausindustrie in elenden Wohnungen muss überwacht und beseitigt werden. Den Kindern muss Schutz gewährt werden. Für Volksbäder muss mehr gesorgt werden; in früheren Jahrhunderten sorgten die Gemeinwesen mehr dafür wie jetzt. Es müssen öffentliche Freibäder wieder eingerichtet werden. Gemeinnützige Baugenossenschaften sollten für gute, billige Wohnungen sorgen.

Da ist überall noch viel zu thun. Was ergeben sich nun für Lehren für uns im Interesse unserer Anstaltsinsassen?

Wie anderswo, so ist auch bei uns die Vorbeugung das Wichtigste. Ich will mich hier nicht verbreiten über das unschädliche Auffangen des verdächtigen Auswurfs, über Desinfectionsmaassregeln. Alles das wissen Sie längst und ich will Mercklin's Vortrag nicht noch einmal halten. Zudem kommen auch nicht allein die entleerten Bacillen in Betracht, sondern es ist auch nöthig, vorhandene Krankheitsanlagen zu bekämpfen, die gefährdeten schwachen Organismen zu kräftigen durch ein roborirendes Regime, durch Luft und Licht, durch Alles, was oben erwähnt ist

Professor Fränkel betonte in seinem lebendigen Vortrage auf dem Congress, dass zum Eindringen in den gesunden Organismus ein langer, dauernder Contact mit dem tuberculösen Material nöthig ist. Die Wege des Eindringens sind verschieden. Die ruhige Ausathmungsluft der Tuberculösen ist frei von Bacillen. Die durch den Auswurf in die Aussenwelt gelangten Bacillen gehen (ausserhalb des Organismus) bald zu Grunde. Namentlich das Sonnenlicht tödtet sie schnell, auch der Austrocknung und der Fäulniss vermögen sie nur wenige Monate zu widerstehen. Sie sind daher nicht ubiquitär und finden sich nur in der Umgebung von Tuberculösen. Ausgehustete feinste Tröpfchen (Flügge) sind nur auf $1-1\frac{1}{2}$ m Entfernung gefährlich. Von der Haut aus inficiren sich namentlich die am Boden spielenden Kinder. Unsere Geisteskranken inficiren sich auch vielfach vom Mund und vom Darm aus, weil Viele allerlei Gegenstände und Staubtheile vom Boden auflesen und in den Mund stecken.

Immerhin stehen die Lungen als Eingangspforten in erster Linie.

Dass gewisse Geisteskranke mit ihrer ungenügenden, oberflächlichen Athmung mehr wie Andere in Gefahr sind, zu erkranken, ist bekannt.

Wir müssen daher bestrebt sein, alle Tuberculöse in der Anstalt frühzeitig als solche zu erkennen und sie aus dem Bereich der Andern, insbesondere der Gefährdeten, zu entfernen. Wo in der Anamnese bei unsern Kranken von Lungenleiden in der Familie die Rede ist, müssen Solche besonders im Auge behalten werden. Alle, welche husten oder den verdächtigen Habitus phthisicus haben, Alle, bei denen sich eine sonst nicht zu erklärende Abnahme des Körpergewichts zeigt, die müssen untersucht und abgesondert werden. Die von Seiten des Ministeriums empfohlenen regelmässigen Untersuchungen aller Kranker auf den Lungen sind meist illusorisch; die Gründe hat Mercklin schon damals auseinandergesetzt. Zu allen diesen Maassnahmen bedarf es bei jedem grösseren Krankenhause, und so auch bei jeder grösseren Irrenanstalt einer besonderen Einrichtung, gewissermaassen eines kleinen Sanatoriums für Tuberculöse, in welchem alle Verdächtigen und Erkrankten abgesondert behandelt und verpflegt werden.

Man kann diese Häuser der Kostenersparniss wegen so einrichten, dass sie zugleich im Fall des Auftretens anderer ansteckender Krankheiten auch als Absonderungshäuser für diese Kranken benutzt werden können. Da für gewöhnlich ansteckende Krankheiten und Epidemien in den Anstalten nicht vorhanden sind, benutzt man so lange diese Häuser für die Tuberculösen.

Die Anstalt zu Lauenburg ist in der glücklichen Lage, solche kleine besondere Abtheilungen zu besitzen.

Ich erlaube mir, den Herren, welche die in Lauenburg errichteten Baracken noch nicht kennen, die Pläne und Beschreibung derselben hier vorzulegen.

Modell, Pläne, Photographien und Beschreibung der Baracken waren in Berlin in der Ausstellung für

Krankenpflege ausgestellt und sind mit dem Ehrendiplom ausgezeichnet worden.

Die Baracken für ansteckende Kranke bezw. für Tuberculöse, welche bereits in dem ersten, von Dr. Siemens 1886 aufgestellten Programm des Lauenburger Anstaltsbaues vorgesehen waren, sind erst im Sommer 1896 gebaut worden. Sie kosten insgesammt rund 41 000 Mk., oder jede einzelne Baracke rund 20 500 Mk., wobei zu bemerken ist, dass die Erdarbeiten und die Montagearbeiten zur Wasserleitungs-, Heizungs- und Lichtinstallation grösstentheils von Anstaltskräften (also ohne besondere Kosten) ausgeführt sind.

Die beiden Baracken (eine für Männer, die andere für Frauen) liegen an beiden Aussenseiten der Gruppen von Pavillons, welche den männlichen bezw. den weiblichen Kranken zur Pflege und Aufenthalt dienen. Ihre Längsachse geht ungefähr von Südost nach Nordosten. Sie sind fast 50 m von den nächsten Pavillons entfernt; die Frauenbaracke liegt in einem Kieferngehölz mit Anlagen, die Männerbaracke im Garten. Der Baugrund ist durchaus trocken. Beide Baracken sind baulich völlig gleich.

Die Baracken sind einstöckige, ebenerdige, zum Theil unterkellerte, im Uebrigen mit Luftisolirräumen unterwärts versehene Bauten, im Ziegelrohbau mit Pappdach. Die Fussböden liegen $^2/_3$ m über Terrain, sind auf Backsteingewölbe aufgelegt und bestehen in dem Krankensaale und im Bade aus Terrazzo, in den übrigen Räumen aus Cementestrich mit Linoleumbelag. Wände in den unteren Theilen im verlängerten Cementmörtelputz, oben in Kalkputz mit Emaillefarbenanstrich. Scheuerleisten etc. von Cement. Deckenvouten glatt abgerundet, wie auch alle sonstigen Kanten. Holzwerk, insbesondere Thüren, glatt, ohne Leisten und Fugen, fournirt und lackirt. Alle Theile abwaschbar. Wandschränke gemauert mit Cementputz, mit eisernen Thüren, innen und aussen gestrichen mit Emaillefarbe.

An Räumen sind vorhanden in jeder Baracke:

a) ein Krankensaal für 12 bis 13 Kranke, 11,81 m lang, 7,58 m breit, 4,50 m hoch mit Terrazzofussboden, also etwa 30 bis 33 cbm Raum pro Kopf. Fenster an beiden Seiten. Auf der Gartenseite ist eine grosse, mit dem Dach bedeckte Veranda vorgebaut, 11,80 m lang, 2,31 m innen breit, welche nach dem Garten zu offen ist; Fussbodenbelag: Mettlacher Fliesen. Innenwände der Veranda und Holzwerk mit Emaillefarbe gestrichen und abwaschbar.

b) Zwei Zimmer, ein grösseres, 6 m lang, 4,20 m breit, 4,40 m hoch mit Linoleumbelag auf Cementestrich. Es kann als Aufenthalts- und Esszimmer verwendet werden, falls es nicht zur Unterbringung besonders zu isolirender, ansteckender Kranker dient. Es hat directen Zugang von aussen (über die Veranda). Das andere kleinere Zimmer ist 4,20 m lang, 3,54 m breit, 4,40 m hoch, hat ein Fenster von dickem Glase in grösserer Höhe vom Fussboden und kann im Nothfall als Isolirzimmer dienen für einen stärker aufgeregten, wegen ansteckender Krankheit zu isolirenden Kranken. Fussboden hier geölte Eichenriemen in Asphalt verlegt auf Backsteingewölbe. Wände (wie überall) glatt in Cementputz mit Emaillefarbe gestrichen.

c) Ein Raum für Bad, Toilette und Watercloset 4,20 m lang, 3,80 m breit, 4,40 m hoch mit Terrazzofussboden. Fussbodenentwässerung mit Syphon in der Mitte des Raumes.

d) Die sogenannte Schleuse für den Ein- und Ausgang des Pflegepersonals und des Arztes. Sie besteht aus drei kleineren Räumen: beim Betreten des Hauses legen die betreffenden Personen ihren Ausgehanzug im ersten Raume ab und bekleiden sich mit den Schutzkleidern, passiren dann Bad und Vorplatz. Beim Verlassen des Krankenraumes baden und desinficiren sie sich und legen im ersten Raume ihre gewöhnliche Kleidung wieder an. Der erste Raum dient auch dem Arzt zur Aufbewahrung von Instrumenten und Verbandstoffen und zum Aufenthalt.

Soll nun für eine besondere Art von Kranken eine Absonderung geschaffen werden, noch innerhalb der Baracke (so dass also die Kranken im Saal getrennt werden sollen von einzelnen anderen Kranken, die z. B. an Erysipel, an Scharlach, Masern, Diphtherie oder dergl. leiden), so werden die Räume unter b) (siehe oben) mittelst besonderen Schlüssels abgeschlossen und bilden eine Abtheilung für sich, welche von aussen einen besonderen Zugang hat. Kaltes und warmes Wasser ist in diesen Räumen vorhanden; Bäder können in einer fahrbaren Badewanne gegeben werden, zu deren Füllung anschraubbare Schläuche dienen.

Im Uebrigen ist die Art der Benutzung der Baracken aus der besonderen Dienstanweisung er-



sichtlich, welche im Bedarfsfalle in Anwendung kommt; organisch verbunden mit ihr ist die Desinfectionsordnung (letztere ist in der Zeitschrift „Irrenpflege" von Alt abgedruckt).

Technische Einrichtungen.

Die Baracken sind geheizt durch Anschluss an die Central-Dampfheizung der Anstalt, der Dampf wird mittelst Wärme-isolirter Rohre, die in gemauerten Canälen verlaufen, dem Gebäude zugeführt und wirkt durch Rippenkörper, die in den Räumen stehen und von eisernen, mit Emaillefarbe gestrichenen Vorsetzern umkleidet sind.

Zur künstlichen Ventilation dienen Luftschächte in den Wänden, mit Stellklappen für Sommer und Winter versehen und mit aufgesetzten Wolpert'schen Saugern über Dach geführt. Für natürliche Ventilation sorgen die Fenster, deren Obertheile mittelst Stellvorrichtung zur Oeffnung schräg zu stellen sind. Die Fenster sind in den Untertheilen mit etwas dickerem Glase versehen und nicht vergittert.

Zur Warmwasserbereitung dient ein an die Kaltwasserleitung angeschlossener weiter, eiserner, verzinnter, mit Wärmeschutzmasse umkleideter Cylinder im Keller, in welchem ein Dampfrohr mit Condensationsvorrichtung verläuft. Im Sommer führt ein im Canal besonders verlegtes dünnes, isolirtes Dampfzuleitungsrohr dem Warmwasserbereiter im Gebäude den Dampf zu. Das kalte Wasser liefert die eigene Hochreservoir-Quellwasserleitung der Anstalt aus dem Lauenburger Stadtwalde.

Die Beleuchtung der Baracken geschieht mittelst elektrischer Glühlampen, die aus der eigenen elektrischen Centrale der Anstalt gespeist werden.

Die Closets sind Wasserspülclosets mit beweglichem Sitz und selbstthätiger Patent-Spülvorrichtung. Alle Closets und Abwässer werden auf die Anstaltsrieselei abgeführt.



„Expectantenlisten".

In dem Verwaltungsbericht einer Preussischen Provinzial-Verwaltung aus dem Jahre 1899 lesen wir:

> „In Folge der fortgesetzten Vermehrung der der Anstaltspflege bedürftigen Geisteskranken haben wir die Maassregel getroffen, sieche Irre in Communal- und Privatanstalten unterzubringen.
>
> Dies hat sich zwar bewährt und eine grosse Entlastung der Expectantenliste herbeigeführt (über 400 Kranke); doch ist der Beharrungszustand längst noch nicht eingetreten, vielmehr wächst die Expectantenliste von Woche zu Woche."

Aus anderen Provinzen wissen wir, dass dort ebenfalls seit dem Inkrafttreten des Gesetzes vom 11. Juli 1891 die verfügbaren Anstalten und Einrichtungen fortgesetzt sich als unzureichend erwiesen haben, den sich einstellenden Andrang von Geisteskranken, Idioten, Epileptischen etc. zu bewältigen; man hat sich deshalb damit geholfen, die Meldungen zunächst in Listen einzutragen und dann im Wesentlichen nach der Priorität der Meldung die Kranken in die vacant werdenden Plätze einzuberufen. Das ist das Nothsystem der sog. Expectantenlisten!

Wird man dem gegenüber nicht unwillkürlich an die bewegende Geschichte im Evangelium Johannes Capitel 5 vom Teiche Bethesda erinnert, an dessen Ufern die Elenden lagen, wartend, ob und wann der Engel das Wasser bewegen werde?

Wenn es nun auch bei uns wohl nicht mehr vorkommen wird, dass ein Kranker, wie jener im Evangelium, 38 Jahre vergebens wartet, so sind doch die Fälle, in denen Geisteskranke Monate lang auf ihre Aufnahme warten mussten, in den mit „Expectantenlisten" ausgerüsteten Bezirken unseres Vaterlandes nicht allzu selten. Von glaubwürdiger Seite wurde jüngst von einem Kranken berichtet, der inzwischen wieder gesund geworden war, auf Anordnung des Polizeiverwalters indes gleichwohl, als endlich die langersehnte Aufnahmeordre eintraf, noch eingeliefert wurde, „um nicht die viele aufgewandte Mühe umsonst gehabt zu haben." Zum Glück genoss der unfreiwillige Patient die Anstaltspflege nur wenige Stunden, welche zur Feststellung seiner Genesung ausreichten.

Es liegt uns durchaus fern, den betreffenden Verwaltungen einen Vorwurf daraus zu machen, dass es ihnen nicht gelungen ist, die ihnen plötzlich durch das Gesetz vom 11. Juli 1891 lawinenartig überkommene Last überall gleichmässig und dem Bedürfniss genügend zu bewältigen. Es war in der That nicht an allen Orten möglich, für diese grosse Anzahl von Hülfsbedürftigen alsbald neue Anstalten in ausreichender Zahl zu schaffen und an alten Anstalten, die zur Aushülfe zu verwenden waren, fehlte es vielfach.

Aber eins ist zu bedenken und muss nunmehr im Interesse der Sache offen ausgesprochen werden: auf die Dauer schlägt dieses Argument nicht mehr durch! Es sind seit dem 1. April 1893, dem Tage des Inkrafttretens des Gesetzes,



jetzt sechs Jahre verflossen. Jetzt muss jede Verwaltung genau über die statistische Entwicklung des Irrenwesens ihres Bezirks unterrichtet sein. Das kann billig verlangt werden.

Daraus folgt aber mit zwingender Nothwendigkeit der Schluss: Fort mit den Expectantenlisten! Von berufener Seite ist vor Kurzem mitgetheilt worden, dass die Rheinprovinz, Dank ihrer eigenartigen historischen Entwicklung, niemals einen Geisteskranken warten zu lassen brauchte. Auch andere Provinzen kennen keine Expectantenlisten mehr. Also es geht! Zweifellos entsprechen sie unseren modernen humanen Anforderungen in keiner Weise; es ist eine Grausamkeit nicht nur gegen die Familien, sondern noch mehr gegen die Kranken selbst, deren Heilungsaussichten mit jedem verstreichenden Tage mehr schwinden, wenn man Wochen, ja Monate lang einen Geisteskranken in oft ganz unzulässiger Weise mittelst Zwangsmittel etc. aller Art draussen „bis auf Weiteres" unschädlich machen lässt oder sich selbst überlassen muss.

Und das Gesetz, wie die Entscheidungen der Gerichte lassen keinen Zweifel über die zwingende Verpflichtung der Landarmenverbände, für alsbaldige Unterbringung der ihnen angemeldeten Hülfsbedürftigen in geeigneten Anstalten Sorge zu tragen.

Also es gilt allerorten, wo dies noch nicht geschehen ist, unverzagt der Aufgabe in ihrem vollen Umfange und in der nöthigen Voraussicht zu begegnen und zunächst Ernst zu machen mit dem festen Entschluss:

„Fort mit den verrufenen Expectantenlisten."



Mittheilungen.

Versammlung ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau im städtischen Siechenhause am 1. Juli 1899 Mittags 12 Uhr.

Vorsitzender: Wernicke. Schriftführer: Neisser.

1. Bonhoeffer: Krankenvorstellung.

Es handelt sich um einen erblich belasteten, vielfach wegen Diebstahls vorbestraften raffinirten Gewohnheitsdieb, der nach längerer Verbrecherlaufbahn in der Strafanstalt subacut erkrankte und ein auf Beziehungswahn, Gehörshallucinationen und abnormen Sensationen begründetes Wahnsystem zu äussern begann. Der Kranke ist wiederholt ärztlich beobachtet (Moabit, Dalldorf, Charité, Herzberge, Charité) und hinsichtlich des § 51 verschieden beurtheilt worden. — Die acuten psychischen Erscheinungen liegen zehn Jahre zurück; jetzt besteht Krankeitseinsicht für einen Theil des damals geäusserten Wahnsystems, ein kleinerer Theil ist nicht corrigirt. Eine fortschreitende paranoische Wahnbildung liegt nicht vor, der Kranke ist seit drei Jahren frei von Beziehungswahn etc. B. bespricht nun die von Ziehen angeregte Frage, ob derartige restirende Wahnideen einen Exculpationsgrund im Sinne des § 51 D. Str.-G.-B. darstellen. Für den vorliegenden Fall ist B. der Ansicht, dass die Correctur der Wahnindeen nur deshalb ausgeblieben ist, weil der specielle Inhalt der Wahnideen (Beziehungswahnideen gegen die Beamten, die mit ihm vor zehn Jahren während der Psychose zu thun gehabt) mit dem Gedankengange des Kranken aus gesunden Tagen in Einklang steht. B. hält es nicht für richtig, lediglich wegen solcher residuärer Wahnideen, die nachweislich die psychische Persönlichkeit nicht beeinflussen, den § 51 für vorliegend zu halten. Das betreffende Individuum ist dagegen aus anderen Gründen strafvollzugsunfähig.

Neisser-Leubus betont die grosse Schwierigkeit festzustellen, in wie weit die Wahnideen zwingend für das Handeln des betreffenden Menschen sind und glaubt, dass die von Ziehen vertretene Ansicht irrthümlich ist. Er erwähnt einen sehr instructiven Fall, in dem es sich allerdings um eine gut ausgebildete Paranoia handelte und bei dessen Untersuchung lediglich durch einen Zufall im letzten Moment sich zeigte, dass zwischen den Wahnideen bezw. den Sinnestäuschungen und dem Delict (Diebstahl) ein vorher nicht geahnter Zusammenhang bestand. Es ist eben sehr schwer, zu sagen, wie weit die Beziehungen des Gesunden in das Krankhafte hineinragen.

Lewald-Obernigk kennt den vorgestellten Patienten aus Herzberge und glaubt, dass beim Zustandekommen des Krankheitsbildes die Imbecillität eine erhebliche Rolle gespielt hat.

Wernicke-Breslau schliesst sich Neisser an. Bei Geisteskranken ist gewöhnlich die Identität der Gedankengänge gestört, der Begutachter kann also häufig gar nicht wissen, was sich der Kranke bei Begehung der Strafthat gedacht hat. Es handelt sich hier doch um einen ungeheilten Geisteskranken, und daher muss § 51 angewendet werden.

Gaupp-Breslau betont, dass die Sache ihm insofern hier anders zu liegen scheine, als es sich nicht um eine systematisirte Paranoia, sondern um einen abgelaufenen Fall mit einzelnen nicht corrigirten Wahnvorstellungen handelt, und stellt sich auf den Standpunkt des Vortragenden.

Bonhoeffer fasst seine Ansicht noch einmal zusammen: Die residuären Wahnideen wurden hier nicht corrigirt, weil sie mit dem sonstigen Bewusstseinsinhalt nicht contrastiren; die Beurtheilung des Falles nach dem Schema der chronischen Paranoia



ist nicht zutreffend. Der Kranke zeigt ausserdem die Erscheinungen leichten Schwachsinns, der forensisch nicht von Bedeutung ist.

2. Derselbe: Krankenvorstellung.

34jähriger Mann. Seit ca. 15 Jahren fortschreitende Ankylose der ganzen Wirbelsäule, Rest von Beweglichkeit der Finger und Zehen, keine Deformirung der Gelenke. Der Process schreitet langsam weiter. Ausserdem nach langsam entwickelter Iridocyelitis (ohne nachweisbare Ursache) Phthisis bulbi beiderseits. Keine harnsaure Diathese. Seit fünf Jahren Hallucinationen: der Kranke hört eine ganz monotone Stimme, die weit und nahe ist, hin und wieder sich in seinen Körper legt; er muss manchmal die Worte nachsprechen. Bemerkenswerth ist die ausserordentlich scharfe Localisation der Gehörtäuschungen. Während die Stimme spricht, empfindet Patient im Körper, dass etwas gemacht wird: ein Theil der Organe wird mit einem andern verbunden. Hört er, so fühlt er dies und gleichzeitig sieht er Punkte und Striche. Patient ist der Ansicht, dass die Stimmen den körperlichen Zustand verschuldet haben. Auffallend ist in psychischer Beziehung an dem Falle, dass der Beziehungswahn lediglich in der Richtung seiner intestinalen Sensationen wirksam ist. Eine Wahnbildung im Sinne der Verfolgung und Grössenwahns liegt nicht vor. Das ganze Krankheitsbild ist selten und unklar. B. hält die vorliegende Gelenkerkrankung für eine auf nervöser Basis entstandene und für verwandt mit den Fällen, wie sie von Strümpell, Bäumler, Bechterew und Pierre Marie beschrieben worden sind. Die Möglichkeit eines einheitlichen Processes, der der Erkrankung der Gelenke, der Augenerkrankung und der eigenartigen Psychose zu Grunde liegt, ist in Erwägung zu ziehen.

3. C. S. Freund-Breslau: Krankenvorstellung.

Gehörshallucinationen bei einer Frau, die in Folge Mittelohrsclerose fast ganz taub geworden ist. Daneben Migräne. Die Kranke hört Singen, Trompetenmusik und wird dadurch zeitweise in hohem Grade belästigt. Sie deutet die Täuschungen durchaus richtig und zeigt keine Spur einer geistigen Erkrankung.

Bonhoeffer-Breslau weist auf die Arbeiten Jollys betr. die künstliche Hervorrufung von Gehörshallucinationen hin.

Wernicke-Breslau macht auf die häufige Coincedenz von Taubheit und subjectiven Geräuschen aufmerksam.

Mann-Breslau erwähnt zwei ähnliche von ihm beobachtete Fälle.

Der Vortragende hebt noch hervor, dass Hysterie nicht vorliegt.

4. Gaupp-Breslau: Krankenvorstellung.

Es handelt sich um ein bis zum achten Lebensjahre völlig gesundes Mädchen mit guter Veranlagung, das an häufigen epileptischen Krämpfen und allgemeinem Zittern erkrankte. Die jetzt ca. 20jährige Kranke bietet heute den Zustand tiefsten Blödsinns und spastische Parese aller Extremitäten mit starken Beugecontracturen; jedoch finden sich nirgends totale Lähmungen und die passiven Bewegungen sind leidlich frei, wenn auch anscheinend schmerzhaft. Gelähmt ist links der abducens, paretisch rechts der rectus sup. Vortragender fasst den Fall als diffuse Gehirnsclerose auf.

Mann-Breslau hat zwei ähnliche Fälle gesehen und stimmt dem Vortragenden bei; nach ihm ist die diffuse Sclerose charakterisirt durch das frühe Auftreten von Krämpfen und die schnelle Verblödung.

Wernicke-Breslau: Der Befund an den Extremitäten spreche für gleichzeitige amyotrophische Lateralsclerose.

Auf eine Anfrage aus der Versammlung präcisirt Storch-Breslau den Unterschied zwischen diffuser und multipler Sclerose dahin, dass in den drei Fällen diffuser Sclerose, die er bei Kindern untersucht hat, die Affection durch Confluenz kleinerer Herde zu Stande gekommen war und von den oberflächlichsten Rindenschichten als reactive Gliawucherung um kleinste Hämorrhagien ausgegangen, dann auf das Mark fortgeschritten war. Jüngere weichere Partien wechselten mit älteren härteren, aber nicht geschrumpften ab. Hierdurch, sowie durch das Freibleiben des Rückenmarks unterscheidet sich die Affection scharf von dem bekannten anatomischen Bilde der multiplen Sclerose.

Die Versammlung besichtigte sodann das städt. Siechenhaus (Claassen'sche Stiftung) unter Führung des Prof. Jacobi. Letzterer schickte die folgenden Mittheilungen voraus. Die Anstalt verdankt ihre Entstehung einem edlen Breslauer Bürger Theodor Claassen und wurde im Jahre 1852 eröffnet. Wie aber dergleichen Stiftungen gewöhnlich erst durch die Angliederung an grosse Gemeinwesen volle Lebensfähigkeit gewinnen, so ist auch diese erst, seitdem sie im Jahre 1893 der städtischen Armen- und Krankenhaus-Verwaltung unterstellt worden ist, zur Blüthe gelangt. Gegenwärtig werden hier in zwei getrennten Gebäuden 360 Sieche verpflegt. Das neue Haus, erst Ende 1898 eröffnet, mit 197 Krankenstellen, ist mit einem Kostenaufwande von 317000 Mk. (wovon 270000 Mk. Bau- und 47000 Mk. Einrichtungskosten waren) hergestellt. Es enthält:

12 Zimmer	für je	2 Sieche	= 24
11 „	„ „	4 „	= 44
14 „	„ „	6 „	= 84
3 „	„ „	10 „	= 30
1 Saal	für . . .	15 „	= 15
		Sa.	197

Die Heizung erfolgt durch Warmwasser- und durch eine Combination von Luft- und Niederdruck-Dampfheizung.

Die gesammten Verwaltungskosten betrugen im Jahre 1898/99 pro Kopf und Tag durchschnittlich 1,10 Mk. Unter drei Schwestern (vom vaterländischen Frauenverein) arbeitet ein Wartepersonal von 24 Köpfen (Wärter und Wärterinnen).

Die Art des Siechthums war im Jahre 1898/99 bei 378 Pfleglingen:

Altersschwäche	bei 41 M.	61 W.	=	102
Geistesstörung	„ 26 „	32 „	=	58
Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks	„ 31 „	40 „	=	71
Lungenkrankheiten	„ 8 „	14 „	=	22
Herzkrankheiten	„ 4 „	4 „	=	8
Krankheiten der Knochen und Gelenke	„ 11 „	19 „	=	30
Krankheiten der Haut	„ — „	5 „	=	5
„ „ Augen	„ 11 „	12 „	=	23
„ „ Ohren	„ 2 „	3 „	=	5
Rheumatismus	„ 7 „	12 „	=	19
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	„ 3 „	4 „	=	7
Krebs	„ — „	4 „	=	4
Tuberculose	„ 5 „	3 „	=	8
Syphilis	„ 1 „	1 „	=	2
Blutarmuth	„ — „	2 „	=	2
Diabetes	„ 2 „	— „	=	2
	Sa. 152 M.	226 W.	=	378

Bei der Behandlung der Siechen steht das Bestreben voran, durch liebevolle Sorgfalt, soweit möglich, den Aufenthalt zu einem behaglichen zu gestalten. Dabei wird aber versucht, die Siechen, soweit ihre Kräfte dies gestatten, arbeiten zu lassen. Niemand wird zur Arbeit gezwungen, aber die Arbeitslust durch kleine Vergünstigungen gefördert. So sind mehrere Betriebsstätten im Hause (Tischlerei, Tapeziererei, Korbflechterei, Schneiderei) dauernd durch Sieche versehen und ausserdem hilft eine grössere Zahl bei den sonstigen Hausarbeiten. Es ist unzweifelhaft, dass die nützliche Thätigkeit zu dem Behagen der Siechen in hohem Grade beiträgt.

Der schwerste Kampf der Pfleger richtet sich gegen die Unsauberkeit und den Decubitus. Von grossem Nutzen sind hierbei die Closetbetten, von denen die Anstalt 10 in Gebrauch hat. Der Preis eines solchen Bettes beträgt 180 Mk.

Den Leistungen der Schwestern, die die Pflege auf ein höheres sittliches und intellectuelles Niveau erheben, ist vollste Anerkennung zu zollen.

Lewald-Obernigk.

— Eine **Heilerziehungsanstalt** für krankhaft veranlagte Töchter gebildeter Stände beabsichtigt Prof. Dr. theol. et phil. Zimmer, Director des ev. Diakonievereins, im October d. J. in Berlin-Zehlendorf zu eröffnen. Dieselbe ist bestimmt für nicht voll familienfähige Töchter gebildeter Stände im nachschulpflichtigen Alter, für welche es bisher an einer geeigneten Gelegenheit zur Unterbringung und zur möglichsten Ausbildung gefehlt hat. Sie soll in ähnlicher Weise die üblichen Mädchenpensionate ergänzen, wie neben die Volksschulen Hilfsschulen, neben die Erziehungsanstalten Anstalten für schwer erziehbare (psychopathische und geistig zurückgebliebene) Kinder getreten sind.

Aufnahmefähig sind demgemäss erziehungs- und bildungsfähige Mädchen mit krankhafter Veranlagung, namentlich in Folge erblicher Belastung, deren Verbleiben in der Familie Schwierigkeiten macht, und die auch in den üblichen Töchterpensionaten nicht am Platze sind, weil ihnen daselbst die nothwendige Einzelbehandlung durch specialistisch vorgebildete Erzieherinnen unter fachärztlicher Aufsicht nicht zu theil werden kann. Ferner können solche bereits erwachsene Damen aufgenommen werden, für die weder das Alleinsein, noch eine verkehrsreiche Familie, noch der Aufenthalt in einer Heilanstalt das geeignete ist; versuchsweise auch solche, die von acuten Psychosen geheilt sind und für welche eine Zeit verständnissvoller und vorsichtiger Nachpflege vor dem Eintritt in die häuslichen Verhältnisse wünschenswerth ist.

Das Ziel der Anstalt ist, ihre Angehörigen für das Hinaustreten in das Leben fähig zu machen, speciell den heranwachsenden jungen Mädchen diejenige — namentlich praktische — Ausbildung zu geben, die sie für die Anforderungen des häuslichen und gesellschaftlichen Lebens gebrauchen.

Es lässt sich nicht leugnen, dass ein solches Heim viel Gutes zu stiften berufen ist, und es ist zu wünschen, dass die Bemühungen des Prof. Zimmer allseitige Unterstützung finden und vom besten Erfolge gekrönt werden möchten.

— **Aus Württemberg.** Die württembergische Abgeordnetenkammer hat dieser Tage der Regierungsvorlage, nach welcher auf der Staatsdomäne Weissenhof bei Weinsberg eine neue Staatsirrenanstalt für 500 Kranke errichtet werden soll, ihre Zustimmung ertheilt, nicht ohne die exigirte Summe um 1/2 Million zu kürzen. Bedürfniss- und Platzfrage hatten dabei zu keinerlei Erörterungen Anlass gegeben, wohl aber hat die Höhe der verlangten Summe (3 1/2 Millionen) eine Debatte über Pavillon- oder Corridorsystem provocirt. So sehr den Herren Abgeordneten bei allen Bestrebungen auf zweckmässige Sparsamkeit beigestimmt werden kann, so dürfen sie doch kaum für competent erachtet werden, um über das geeignetste bauliche System einer Irrenanstalt zu entscheiden, um so weniger als einzelnen die abgesonderte Errichtung von Lazarethen und eines Leichenhauses als unberechtigter Luxus erschien! Bei solchen Ansichten durfte wohl trotz des unbestrittenen Bedürfnisses nach einer weiteren Anstalt ein Antrag, der die geforderte erste Rate verweigert und neue Pläne vorgelegt wissen wollte und der eine bedauerliche Verzögerung der ganzen Angelegenheit hätte zur Folge haben müssen, auf unerwünschte Unterstützung rechnen, und mag diese Aussicht dazu geführt haben, dass die Regierung sich verhältnissmässig leicht den obigen Abstrich gefallen liess.

Personalnachricht.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

Dr. von Kunowski, bisher III. Arzt der Prov.-Irrenanstalt zu Kreuzburg (O.-S.) ist zum Oberarzt der Landes-Irrenanstalt zu Roda ernannt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 18. 29. Juli 1899.

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mark. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Aus der psychiatrischen Klinik (Prof. Dr. Fürstner) in Strassburg i. E.

Von der Mundhöhle ausgehende fieberhafte Processe bei abstinirenden Geisteskranken.*)

Von Dr. *Max Neumann*, II. Assistenten der Klinik.

Die Nahrungsverweigerung Geisteskranker birgt nach zweifacher Richtung hin eine Gefahr für den Träger dieses Symptomes in sich. Einmal kann die oft sehr rasch platzgreifende Reduction des Ernährungszustandes nachteilig, ja direct deletär wirken, dann aber erwachsen allein schon aus dem functionellen Daniederliegen des Verdauungssystems Gefahren, welche die Prognose sonst günstig zu beurteilender Geistesstörungen erheblich zu trüben im Stande sind. Jeder, der sich praktisch mit der Pflege Geisteskranker beschäftigt hat, weiss, welch' unliebsame Complication jegliche körperliche Erkrankung des Patienten meist bildet, sei sie noch so geringfügig. Mag man auch ab und zu krankhafte psychische Erscheinungen unter dem Einflusse einer acuten somatischen Erkrankung sich mildern oder schwinden sehen, mag man noch so günstige Erfahrungen bezüglich der Heiltendenz chirurgischer Affectionen bei Geisteskranken gemacht haben, man wird doch nur in den seltensten Fällen eine derartige Complication besonders freudig begrüssen oder gar, wie das auch neuerdings von verschiedenen Seiten empfohlen wird, gewisse körperliche Erscheinungen wie Fieber und Eiterungen zu therapeutischen Zwecken künstlich erzeugen.

Es giebt eine Reihe von körperlichen Erscheinungen, die bei geistig Gesunden von hohem diagnostischen Werte sind, während sie bei Geisteskranken unter Umständen nur untergeordnete Bedeutung haben; so z. B. völliges Daniederliegen der Appetenz, hartnäckige Harn- und Stuhlverhaltung, selbst Oedeme. Eine körperliche Störung jedoch, die auch für den Irrenarzt stets etwas Alarmirendes haben muss, ist die Temperatursteigerung. Sicherlich spricht das Auftreten von Fieber bei nervösen bezw. psychischen Erkrankungen nicht immer für eine somatische Complication, und gewiss darf man sich oft damit begnügen, einen centralen Ursprung des Fiebers anzunehmen, so im Status epilepticus, im paralytischen Anfalle; sehr skeptisch muss man jedoch einer solchen Auffassung einer Tem-

*) Vortrag, gehalten auf der XXIV. Wander-Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte zu Baden-Baden am 4. Juni 1899.



peratursteigerung gegenüberstehen bei allen functionellen Psychosen und besonders bei solchen, die ein Daniederliegen irgend einer vegetativen Function im Gefolge haben.

Vage fieberhafte Erscheinungen, für die sich eine Ursache nicht immer ohne Weiteres eruiren lässt, beobachtet man ziemlich häufig gerade bei abstinirenden Geisteskranken. Der Gedanke, dass es sich hier um — vom Verdauungstractus ausgehende — Infection bezw. Autointoxication handeln könnte, liegt nahe, und nicht selten findet man im weiteren Verlauf der Störung für diese Annahme volle Bestätigung. Theoretisch betrachtet kann von jedem Teile des Verdauungstractus eine Autointoxication ausgehen; bei abstinirenden Geisteskranken scheint mir die Erfahrung zu lehren, dass eine ganz hervorragende Rolle als Ausgangspunkt die Mundhöhle spielt. In dem verhältnissmässig kurzen Zeitraume eines Jahres konnte ich auf der Frauenabteilung der Strassburger psychiatrischen Klinik sieben Fälle mehr oder minder klar zu deutender fieberhafter Erkrankungen beobachten, bei denen ich den Eindruck gewinnen musste, dass die in den oberen Speisewegen herrschenden Verhältnisse die Ursache für die Störungen bildeten. Keineswegs in allen Fällen ist die Mundhöhle selbst der Sitz der fieberhaften Affection. Unter den erwähnten sieben Fällen war sie das nur zweimal. Die letzte krankmachende Ursache jedoch ist durchweg im Daniederliegen der Mundhöhlenfunction zu suchen, und zwar teils der secretorischen, teils der motorischen (d. h. des Kau- und Schlingactes).

Die secretorische Function der Mundhöhle ist nicht bei allen abstinirenden Geisteskranken vermindert, im Gegenteil findet sich bei vielen sogar eine äusserst abundante Speichelproduction. Die Störungen jedoch, von denen hier die Rede ist, fand ich ausschliesslich bei Kranken mit herabgesetzter, nie bei solchen mit gesteigerter Salivation. Die Beschaffenheit des Speichels und der ganzen Mundhöhle ist bei beiden Kategorien von Kranken eine ganz verschiedene. Während bei den Letztgenannten, denen mit starker Secretion, der Speichel meist alkalisch, höchstens schwach sauer reagirt und einen unangenehm faden, aber nicht putriden Geruch besitzt, die Zunge keinen besonders starken Belag aufweist, reagirt der spärliche Speichel der andern Kategorie meist stark sauer, die Zunge ist schmierig oder borkig belegt, und es besteht ein intensiver, süss-säuerlicher ganz charakteristischer Foetor ex ore. Bei dieser Klasse von Kranken findet man dann, — gelegentlich der Einführung der Schlundsonde, — auch Nasenhöhle, Schlund und Oesophagus äusserst trocken und mit zähen Borken gefüllt, welche die Passage für die Sonde bedeutend erschweren, ja unmöglich machen können, wie ich es in einem meiner Fälle gesehen habe. — Auf die bacteriologischen Verhältnisse der Mundhöhle abstinirender Geisteskranker werde ich später zu sprechen kommen.

Das Daniederliegen der motorischen Mundhöhlenfunction wirkt einmal insofern nachtheilig, als dadurch ein hemmender Einfluss auf die Secretion ausgeübt wird, dann aber führen speciell Störungen des Schluckactes bekanntermaassen sehr leicht zu Affectionen der Luftwege und der Lungen, zu eitriger Bronchitis und Bronchopneumonie. —

Was nun die Krankheiten in den einzelnen Fällen betrifft, so hatten diese, wie erwähnt, nur zweimal ihren Sitz in der Mundhöhle selbst. Einschaltend will ich hier bemerken, dass ich eigentliche Stomatitis, etwa ulceröser Natur, nie beobachtet habe.

Bei den zwei genannten Fällen handelte es sich einmal um einen anginösen Process bei einer jugendlichen stuporösen Kranken, wobei die locale Affection im Vergleich zu den intensiven Allgemeinerscheinungen recht unbedeutend war; — freilich machen gerade Patienten dieser Art oft schon bei geringfügigen somatischen Störungen einen unverhältnismässig schwer kranken Eindruck. Bei dieser Patientin hatte die intercurrente Erkrankung den Erfolg, dass die Kranke von der Zeit an wieder auf natürlichem Wege, wenn auch passiv, Nahrung nahm.

Im zweiten Falle, bei einer periodisch Melancholischen, handelte es sich um eine septische Diphtherie, (Mischinfection). Die Kranke starb unter schweren Allgemeinerscheinungen. Bei der Section fanden sich nur ganz kleine diphtheritische Geschwüre am weichen Gaumen und im Larynx, ausserdem jedoch septische Infarcte und bronchopneumonische Herde in den Lungen, und ein eitriger Pleura-Erguss.

In den anderen Fällen war der fieberhafte Process ausserhalb der Mundhöhle localisirt. Aetiologisch am wenigsten klar ist mir der Fall einer während der Lactation acut hallucinatorisch erkrankten Frau geworden. Diese zeigte mehrere Wochen hindurch ein ganz atypisch verlaufendes Fieber ohne bestimmt nachweisbare Ursache, es bestand kein Milztumor, keine Widal'sche Reaction, nichts von Seiten des Abdomen, der Lungen u. s. w. Hingegen fand sich



gerade hier ein höchst intensiver Foetor ex ore, die Schleimhäute der Mundhöhle, des Pharynx und Oesophagus waren dick mit zäher, schmieriger, äusserst übelriechender Masse belegt, und es erscheint mir nicht ausgeschlossen, dass in diesem Falle das Fieber der Ausdruck einer von den oberen Speisewegen ausgehenden Autointoxication war. Uebrigens gebe ich die Möglichkeit zu, dass bei der Kranken, die sechsmal geboren hatte, am Ende doch irgendwo in genitalibus ein versteckter Eiterherd gesessen hat. Die Krankheit verlief günstig, auch die Psychose trat später ganz zurück.

In noch höherem Maasse als die eben erwähnte Kranke zeigte solche ungünstigen secretorischen Verhältnisse eine andere acut hallucinatorisch erkrankte Patientin. Bei ihr waren Nasenhöhle und Oesophagus bis zur Unpassirbarkeit mit putriden Borken verstopft. Hier entwickelte sich, — sicher von der Nase aus, — eine beiderseitige eitrige Conjunctivitis und ein Gesichtserysipel, in dessen Verlauf die Kranke starb. Bei der Section fanden sich dann noch bronchopneumonische Herde.

Wegen seiner Lungenerscheinungen interessant ist der folgende Fall. Es handelte sich um einen sehr protrahirten, nahezu 14 Tage dauernden Anfall bezw. um eine Serie von Anfällen im Verlauf einer Luesparalyse. Acht Tage lang nahm Patientin spontan keine Nahrung. Zu Beginn und gegen Ende der Anfallperiode bestand Neigung zum Verschlucken, auf der Höhe völliges Versagen der Gaumen-, Zungen- und Schlundmusculatur. Die Kranke zeigte nun, — unter täglichem und noch rascherem Wechsel der Erscheinungen, — in beängstigendem Grade Symptome von Seiten der Respiration: Erst laut schnarchende forcirte Athmung, dann Röcheln, das wie echtes Trachealrasseln klang, dann diffuses feuchtes Rasseln über beiden Lungen; einen Tag lang war das Athemgeräusch über der einen Lunge völlig aufgehoben, am folgenden Tage bestand auf derselben Seite hinten unten Schallverkürzung und Bronchialathmen, Tags darauf war nichts mehr davon nachzuweisen; kurz, es bestand hier eine wahre Musterkarte von vagen und rasch wechselnden Lungenerscheinungen, die bald nach Ablauf des Anfalls völlig verschwunden waren. Gleichzeitig absolvirte auch diese Kranke eine ziemlich heftige, erst rechts, dann links auftretende Conjunctivitis.

Die zwei letzten und zugleich bemerkenswertesten der sieben Fälle zeigten beide dieselbe Störung, eine mit hohem Fieber einhergehende eitrige Parotitis. Beide Fälle, eine Paralytische und eine periodisch Maniakalische betreffend, endeten rasch letal. Bei der Section fand sich in den Parotiden keine einheitliche Abscesshöhle, sondern die Drüsen waren allenthalben von einzelnen kleinen Abscessen durchsetzt. Bei der maniakalischen Kranken, bei der die Drüsenaffection beiderseitig bestand, wurden die Anzeichen einer allgemeinen Sepsis constatirt. Hier lässt sich die Frage aufwerfen, ob die Erkrankung der Parotis wirklich von der Mundhöhle aus entstanden ist oder ob es sich nicht vielmehr um eine haematogene, metastatische Entzündung gehandelt hat. Diese Frage muss auch eine offene bleiben, obgleich die directe Entstehungsweise von der Mundhöhle aus, auf mechanischem Wege, für den, der die Mundhöhlenverhältnisse bei derartigen Kranken kennt, sehr viel Wahrscheinlichkeit hat.

In diesem Zusammenhange muss ich noch eines weiteren Falles Erwähnung thun, der im Laufe des Jahres auf der Männerstation der Klinik zur Beobachtung kam: Bei einem seit längerer Zeit abstinirenden Paranoiker entwickelte sich, auch hier unter hohem Fieber und mit schweren Allgemeinerscheinungen, eine schmerzhafte Schwellung hinter dem rechten Unterkieferwinkel. Die Geschwulst ging dann auf die Submaxillaris-Gegend über. Erst nach geraumer Zeit trat Eiterdurchbruch in der Gegend der Caruncula sublingualis auf. Es entleerte sich eine grosse Menge stark fauligen Eiters, und in der Tiefe der Abscesshöhle lag eine rauhe Partie des Unterkieferknochens frei. Der Process kam nur äusserst langsam und erst nachdem sich ein Knochensequester abgestossen hatte, zur Heilung.

Im Anschluss an die letzterwähnten Fälle habe ich Veranlassung genommen, bei einer Reihe von abstinirenden Geisteskranken den Mundinhalt bacteriologisch zu untersuchen. Das Ergebnis, zu dem ich bis jetzt gelangt bin, geht dahin, dass eine gesteigerte Virulenz des Mundinhalts abstinirender Geisteskranker im Vergleich mit normalem Speichel nicht vorhanden ist. Die Menge der Keime schien mir freilich in jenem grösser als in diesem, die vorhandenen Formen waren im ganzen dieselben. Ziemlich constant fand ich Pneumococcen, in einem Falle als bei weitem vorherrschende Form; hier liessen sich dieselben als auffallend lange Ketten, aber mit deutlich gewahrter Diplo-Anordnung, isoliren. Die Virulenz der rein gezüchteten Pneumococcen war eine geringe; etwas höher erwies sich die der Staphylococcen. Streptococcen fanden sich selten. Di-

phtheriebacillen wurden bacteriologisch nachgewiesen in dem auch klinisch als septische Diphtherie verlaufenden Falle.

Trotzdem nun diese bacteriologischen Untersuchungen ein bemerkenswertes Resultat bis jetzt nicht ergeben haben, glaube ich doch, dass ihre Wiederholung an einem umfangreichen Material sich wohl empfehlen dürfte, unter besonderer Berücksichtigung eben jener Fälle mit vagen, nicht immer streng zu rubricirenden fieberhaften Erscheinungen, für deren Entstehung ich vorläufig, in letzter Linie, eine Autoinfection bezw. Autointoxication von der Mundhöhle aus als Ursache annehmen möchte. Uebrigens stehe ich nicht an, für gewisse Störungen direct die künstliche Ernährung verantwortlich zu machen, so für die Conjunctivitiden, die ich wiederholt bei Nasenfütterung beobachtet habe. Auch Empyeme der Highmorshöhle sollen auf diesem Wege schon zur Entstehung gekommen sein. Nicht jedoch gilt dieser ursächliche Zusammenhang auch ohne Weiteres für die geschilderten Lungenerscheinungen. Solche sah ich zur Entwicklung kommen schon vor der Vornahme künstlicher Fütterung.

Auf die Schlüsse, welche für die praktische Irrenpflege aus dem Dargestellten resultiren, brauche ich des Näheren nicht einzugehen: eine genaue Pflege der Mundhöhle und grosse Sorgfalt bei der Sondenfütterung werden viel zur Vermeidung unliebsamer Complicationen bei abstinirenden Geisteskranken beitragen.



Beitrag zur Statistik der allgemeinen progressiven Paralyse (Dementia paralytica).

Aus der psychiatrischen Klinik des Herrn Professor Hjertström zu Stockholm.

Von Assistenzarzt *Frey Svenson.*

(Schluss.)

Endlich will ich einige wenige Störungen erwähnen, welche von einem gewissen Gesichtspunkte aus recht viel Interesse darbieten. Dementia paral. hat ja den Grundcharakter, in psychischer Hinsicht eine gradweise sich entwickelnde Intelligenzabnahme zu sein, wenn sie auch sehr verschieden lange Zeit für ihr Hinuntersinken zum Nullpunkte braucht und auf demselben sich eine bunte Menge anderer Symptome einimpft. Während der Kindheit schreitet ja eine entgegengesetzte Entwicklung der Intelligenz von unten nach oben fort, und obgleich bei dem Paralytiker alle intellectuellen Eigenschaften nicht in vollkommen gleichem Maasse sinken, so muss es natürlich Punkte während des Verlaufes geben, wo der Kranke in gewisser Beziehung auf demselben geistigen Niveau wie während des normalen Wachsthumsprocesses des Organismus steht. Man sieht auch nicht selten Symptome, welche als in der Lebenszeit liegende Atavismen gedeutet werden können. In einem der hier vorkommenden Fälle sprach der Patient in einem Zeitpunkte der Krankheit vollständig wie ein Kind, in dessen lallender Weise und unvollkommener Consonantenaussprache, in verschiedenen Fällen wurde eine Geneigtheit bemerkt, in Alles zu beissen, was in die Nähe der Zähne kam, was mit einer ähnlichen Geneigtheit des Wickelkindes verglichen werden könnte, und bei einer Frau kamen in dem letzten Stadium der Krankheit eine längere Zeit hindurch Saugbewegungen, ähnlich denen des stillenden Kindes vor. Um diese hervorzurufen, braucht nur ein Finger oder ein anderer Gegenstand in den Mund oder in die Nähe desselben gebracht zu werden. Es dürfte auch nicht unmöglich sein, dass in verschiedenen Fällen, wo Verbigeration vorkommt — acht von diesen —, diese mit der lallenden Wiederholung desselben Wortes von seiten des Kindes verglichen werden könnte, wenn man auch nicht ausschliessen kann, dass es vielleicht meist eine Zwangsaussprache eines Zwangsgedankens ist. Diese Versuche zur Erklärung dieser eigenthümlichen Symptome werden in der Absicht angeführt, ein entwickeltes krankes Hirn mit einem gesunden, unentwickelten zu vergleichen; es ist aber klar, dass während eines gewissen Stadiums der Krankheiten nicht alle Zellen in der Rinde angegriffen zu sein brauchen oder wenigstens nicht alle in demselben Grade, und die Entwicklung muss wohl andererseits als beruhend auf einem allmählich zunehmenden Einüben von Zellen oder vielleicht auf einem Anwachs der Anzahl derselben betrachtet werden. Dass letzteres während der frühesten Stadien der Kindheit der Fall sein muss, ist offenbar.

Betreffend die verschiedenen Formen von Dementia paralytica, in welche diese Fälle getheilt werden könnten, will ich nicht viele Worte machen. Meine Meinung war die gewesen, mit der Gemüthsveränderung als Eintheilungsgrund zu versuchen, dieselben in eine manische, eine depressive, eine circuläre und eine indifferente Form einzutheilen. Dies erwies sich nicht thunlich; ob das von der Unmöglichkeit der Durchführung einer solchen Eintheilung oder davon kam, dass die Notizen nicht zu diesem Zwecke aufgenommen waren, wage ich nicht zu entscheiden. Ebenso schwer war es, eine Vertheilung nach den von Kraepelin angegebenen Formen zu Stande zu bringen. Der Vollständigkeit wegen machte ich indess einen Versuch und theile ihn mit, obgleich ich mich für verpflichtet halte hinzuzufügen, dass ich glaube, wenn ein anderer käme und dieselben Versuche noch einmal machte, so würde das Resultat vielleicht ein anderes werden. Die Ziffern, welche ich dabei erhalten habe, sind folgende: 12% gehörten der depressiven Form, 28,5% der expansiven, 18% der agitirten Form und 41,5% der dementen. Das Procent für die demente Form stimmt so nahe, wie man wünschen kann, mit Kraepelins 40%, die für die agitirte und expansive Form übersteigen die seinen mit bezw. 15—16 und 11%; für die depressive dagegen sind seine 27% bedeutend höher als die hier vorkommende. Ob dies von der persönlichen Auffassung kommt, welche meiner Ansicht nach unbedingt bei der Eintheilung einer so proteiformen Krankheit wie Dementia paralytica mit hineinspielt, oder ob es, wie angedeutet, wirklich Thatsache ist, dass die Geisteskranken sich in nördlicheren Breitengraden unruhiger und weitschweifender zeigen, lässt sich wohl nicht entscheiden.

Endlich einige Worte über die pathologische Anatomie. Von den 134 Verstorbenen kamen 97 Männer und 28 Frauen zur Obduction. Betreffend die Gehirnveränderungen waren diese in grösster Allgemeinheit angegeben: Verdickung der weichen Häute, vermehrte Blutfülle in dessen Gefässen, Atrophie der Windungen, besonders in den Frontalloben, die Rinde verdünnt, scharf begrenzt nach der weissen Substanz. Meist Ödem in den weichen Häuten und der Hirnsubstanz, erweiterte Ventrikel und verdicktes Endothel. Betreffend die Verwachsung zwischen den Häuten und der Hirnrinde war diese in den allermeisten Fällen anzutreffen, in vielen jedoch, wiewohl der klinische Verlauf typisch gewesen war; ebenso waren die Häute, obgleich verdickt, leicht oder ohne Schwierigkeit abhebbar. Dies in 20 der 125 Fälle. Unter diesen 20 war einer, wo die Hirnatrophie so weit gegangen war, dass das Gewicht des ganzen Hirnes nicht grösser als 962 g war, für das Grosshirn allein 794 g.

In 17 Fällen kam Complication mit Pachymeningitis haemorrhagica interna vor, in vier von diesen war Alkoholismus in der Anamnese. Erweichungsheerde (natürlich makroskopisch entdeckbar) kamen nur in vier Fällen vor. In acht atheromatöse Veränderungen in den Hirngefässen. In einem Fall war Complication mit einer eiternden Leptomeningitis, wahrscheinlich ausgegangen von einem suppurirenden Trauma im Schädel.

Das Hirngewicht war im Mittel für Männer 1273,3 g, für Frauen 1129 g, die erstere Durchschnittszahl von 86, die letztere von 25 Wägungen. Das schwerste männliche Hirn wog 1707 g, das leichteste 962 g, das schwerste weibliche Gehirn 1413 g, das leichteste 915 g. Diese Ziffern beziehen sich auf Wägung nach Zerstückung, also ohne Cerebralflüssigkeit. Das Hirngewicht bei Gesunden wird von R. Wagner für Männer auf 1390 g, für Frauen auf 1250 g angegeben. Parchappe giebt für Gesunde 1323 bezw. 1210 g an. Mendel, welchem diese Ziffern entlehnt sind, fand selbst als Durchschnittszahl von 26 Wägungen 1362 g bei paralytischen Männern. Ilberg*) giebt für das unzerstückte Hirn ein Mittelgewicht von 1268 g an, für das zerstückte 1191 g; diese Durchschnittszahl von 26 Hirnen männlicher Paralytiker. Was das geradezu exceptionell hohe Hirngewicht bei einem Paralytiker (1707 g) betrifft, so gehörte dies einem Fall, wo für Dementia paralytica charakteristische pathologische Veränderungen ausserordentlich deutlich ausgesprochen waren.

Hirnveränderungen ohne Complication von krankhaften Veränderungen in anderen Organen wurden in 54 Fällen angetroffen, in 40 derselben wurde jedoch nur der Hirnschädel geöffnet, und die restirenden 14 kommen also auf 85 vollständig obducirte Fälle.

In diesen 85 kamen Lungenveränderungen in 45 Fällen, also in 53% vor. In fünf Fällen ist Erstickung durch Eindringen von Nahrungsmitteln in die Luftwege verursacht worden. In 28 war hypostatische oder acute Pneumonie, in sechs Tuberculosis pulmonum, in sieben Pleuritis, wovon zwei mit eiterndem Secret, in zwei Gangraena pulmonum.

*) Ilberg: Volkmanns Sammlung klin. Vorträge Nr. 168.



In Bezug auf das Gefässsystem und Herz ist das interessanteste Factum Coincidenz zwischen Dementia paralytica und chronischer Aortitis. In nicht weniger als 29 Fällen kam diese Complication vor, also in 34%. Arteriosclerose, besonders in der Aorta, soll ja nämlich unter seinen ätiologischen Momenten auch Syphilis haben. K. Malmsten*) fand Syphilis in der Anamnese in 80% bei Patienten mit Aorta-aneurysma und Edgren**) in 25 von seinen 125 Arteriosclerosenfällen. Betreffend Aortitis bei Dementia paralytica habe ich nur eine Notiz gefunden, nämlich bei Hougberg, welcher in nicht weniger als 31 von seinen 107 Fällen arteriosclerotische Veränderungen in der Aorta und den Coronar-Arterien fand.

In sechs meiner Fälle wurde die Aortitis von Veränderungen in den Aortavalveln, in vier Fällen von Myocarditis complicirt. Degeneratio cordis adiposa kam in drei Fällen vor, ein anderer Valvelfehler als Aortafehler in einem Fall, Endocarditis subacuta in einem Fall. Zusammen 39 Fälle von Herzkrankheiten, fast 46%.

Seitens der Digestionsorgane gab es keine anderen Veränderungen als die bereits erwähnten Schleimhaut-erosionen. In zwei Fällen kamen Veränderungen, von Pyämie herrührend, vor. Nephritis dreimal vorhanden.

Rippenfracturen kamen in drei Fällen vor. In einem derselben gab es nicht weniger als neun solche, von denen sechs mit reichlicher Callusbildung versehen waren; die drei restirenden hatten keine solche. Wenigstens die sechs ersten hatte sich Patient gewiss vor Aufnahme in die Anstalt zugezogen, wo er nur eine kürzere Zeit behandelt wurde. Die Rippen waren in dem letzterwähnten Falle besonders in der Nähe der Brüche, aber auch an anderen Stellen sehr dünn und spröde, so dass nur eine geringe Kraftanstrengung erforderlich war, sie zu brechen. Ohne Zweifel war hier ein osteoporotischer Process analog dem bei anderen Kachexien vorangegangen. Autoren, namentlich Krafft-Ebing und Kraepelin, betonen das Vorkommen von „Fracturae costarum" bei Dementia paralytica. Campbell*) giebt an, dass bei dieser Krankheit die Knochenfestigkeit 20 englische Pfund unter dem Normalen liegt, d. h. der Knochen eines Paralytikers bricht bei einer 20 Pfund leichteren Belastung als für einen Gesunden erforderlich ist.

*) K. Malmsten: Aorta-aneurysmus etiologi. Stockholm 1888.

**) Edgren: Klinische Studien über Arteriosclerose. Stockholm 1897.

*) Campbell: British medical journal 1895.



Mittheilungen.

— **Aus Hamburg.** Als am 5. d. M. in der Sitzung der Hamburger Bürgerschaft der Bericht des Ausschusses, welchem der Entwurf einer neuen Medicinal-Ordnung zur Prüfung überwiesen war, zur Berathung stand, gab § 6 der Med.-Ord. zu einer lebhaften Debatte Veranlassung. „Dieser Paragraph handelt", wie die Hamburger Nachrichten schreiben, „von der in den letzten Jahren vielbesprochenen Frage der Beaufsichtigung von Geisteskranken, Idioten und Epileptischen, die in öffentlichen oder privaten Anstalten untergebracht sind. Der Senat will eine ständige Commission des Medicinal-Collegiums mit dieser Beaufsichtigung betrauen, der Ausschuss will zu dieser ständigen Commission zwei von der Bürgerschaft erwählte Mitglieder und mindestens einen der dem Medicinal-Collegium ausserdem angehörigen drei praktischen Aerzte hinzugezogen wissen und eine Minderheit des Ausschusses verlangt eine von der Bürgerschaft aus ihrer Mitte gewählte Commission von fünf Mitgliedern, also **eine reine Laiencommission**, welche mindestens zweimal im Jahre eine nicht vorher angesagte Besichtigung der hiesigen öffentlichen und privaten Anstalten für Geisteskranke, Idioten und Epileptische vorzunehmen und der Bürgerschaft über ihre Wahrnehmungen wenigstens einmal im Jahre schriftlich Bericht zu erstatten hat. Die Bürgerschaft lehnte diese letztgedachte Zumuthung, dass ihre Mitglieder auf einem der schwierigsten Gebiete der Heilkunde über die Köpfe der Sachverständigen ein Urtheil darüber fällen sollen, ob Jemand mit Grund sich im Irrenhaus befindet, mit Recht ab und entschied sich für den durch die Herren Dr. Goverts und Callenberg etwas veränderten Ausschuss-Antrag."

Derselbe hat folgenden Wortlaut:

„Die öffentlichen Anstalten für Geisteskranke, Idioten und Epileptische werden mindestens einmal, die privaten mindestens zweimal im Jahre von einer ständigen Commission des Medicinal-Collegiums, welcher die beiden von der Bürgerschaft gewählten Mitglieder sowie mindestens einer der § 1 sub 7 erwähnten drei praktischen Aerzte anzugehören haben,



besichtigt, welche über das Ergebniss ihrer Besichtigungen dem Collegium zu berichten hat.

Alle Insassen der öffentlichen und privaten Anstalten haben das Recht, an diese Commission Beschwerden zu richten, welche von der Anstalt zu befördern sind. Jeder Beschwerde ist von dem ärztlichen Leiter der Anstalt ein Bericht über die Umstände des Falles und der Beschwerde beizufügen. Von jeder Beschwerde von Insassen der öffentlichen Anstalten ist der vorgesetzten Verwaltungsbehörde durch die Commission eine Mittheilung zu machen.

Die Leiter der privaten wie öffentlichen Anstalten sind verpflichtet, von jeder Aufnahme eines Kranken innerhalb 24 Stunden der zuständigen Polizeibehörde Anzeige zu machen. Die Polizeibehörde hat demnächst die Untersuchung des Kranken durch einen Physicus herbeizuführen, welcher darüber zu berichten hat, ob der Kranke sich zur Behandlung in den betreffenden Anstalten eignet oder nicht.

In eine auswärtige Irrenanstalt dürfen aus dem Hamburgischen Staatsgebiete Geisteskranke nur dann gebracht werden, wenn der zuständigen Polizeibehörde Anzeige gemacht und derselben ein ärztliches Attest sowie die Bescheinigung eines Hamburgischen Physicus vorgelegt wird, laut deren sich der Kranke zur Behandlung in einer Irrenanstalt eignet.

Die zu diesem Paragraphen erforderlichen Ausführungsbestimmungen erlässt der Senat im Verordnungswege."

Die von Dr. Goverts beantragte redactionelle Aenderung lautet: „Diese Commission hat über das Ergebniss ihrer Besichtigung Mittheilung zu machen."

Der Callenberg'sche Zusatz lautet: „In Beschwerdesachen sind diejenigen Aerzte, welche bereits im Einzelfalle ein Gutachten abgegeben haben, von der Berathung und Beschlussfassung auszuschliessen."

Beide Zusätze wurden, wie bemerkt, angenommen.

Aus der Debatte seien folgende Einzelheiten hervorgehoben: Rhode, der Vertreter des Minoritätsbeschlusses, behauptete, vor 30 Jahren sei die ganze Frage nicht so brennend gewesen wie heute, wo die Neigung vorherrsche, Leute, die einmal nach irgend einer Seite vom Normalen abweichen, ins Irrenhaus zu stecken, wie aus vielen Fällen des In- und Auslandes bekannt sei. Die Minorität könne sich bezüglich ihrer Anträge auf den am 16. September 1895 in Hamburg abgehaltenen deutschen Irrenärztetag berufen. Wenn in Hamburg nicht so viele bedenkliche Fälle vorgekommen seien, so möge das gerne für die Vorsicht der Hamburger Beamten sprechen; aber man dürfe Gesetze nicht auf Personen zuschneiden. Dr. Deneke erwartet keinen Vortheil von den „unverhofften" Besuchen, die nur eine Beunruhigung der Kranken bewirken würden, im Uebrigen an das Räthsel erinnerten: „Wieviel Eier konnte Goliath nüchtern essen?" Natürlich nur eins. So würde die Commission, die unvermuthet ein Zimmer revidirt, das zweite schon nicht mehr unverhofft betreten. Dass in der Commission zwei Laienmitglieder sich befänden, sei vollständig genügend. Dr. Wolffsohn hielt es für unbegreiflich, wie Bürgerschaftsmitglieder Sachverständige sein sollten; sie würden ja nicht auf ihre Kenntniss der Psychiatrie gewählt! (Heiterkeit). Rhode bat zuletzt noch, wenn sein Antrag nicht angenommen würde, wenigstens zu beschliessen, dass statt zwei vier Bürgerschaftsmitglieder in die Commission zu wählen seien, hatte aber keinen Erfolg hiermit.

Noch zu erwähnen ist ein anderer Antrag, an dem auch Rhode betheiligt ist, dass den Physicis unter Belassung der consultativen Praxis und entsprechender Gehaltserhöhung die Ausübung der Privatpraxis entzogen werde. Denn da das Wohl und Wehe der zu internirenden Geisteskranken mehr oder weniger von den Physicis abhänge, so sei die nöthige Fürsorge zu treffen, dass der Blick und das Urtheil derselben nach keiner Richtung auch nur im Geringsten getrübt werde. In der Ausübung der Privatpraxis sei unter gegebenen Verhältnissen eine solche Trübung des Blickes zu befürchten.

— **Von der Conferenz der preussischen Landesdirectoren.** Am 12. d. M. besichtigten die in Breslau zur Conferenz zusammengekommenen Landesdirectoren die Provinzial-Irrenanstalt zu Leubus, am 13. die Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Freiburg i. Schl.; in letzterer wurde speciell, nachdem Director Dr. Buttenberg eine kurze Beschreibung der Anstalt und ihrer Entwicklung vorgetragen, der im Laufe des verflossenen Winters bezogene Neubau*) für 100 Männer, sowie die vor einigen Monaten in Betrieb gesetzte neue Kochküche mit grossem Interesse in Augenschein genommen. Beide Neubauten sind nach jeder Hinsicht den Anforderungen der Neuzeit entsprechend eingerichtet. Von Freiburg fuhren die Herren per Wagen nach dem nahen Fürstensteiner Grunde, besichtigten zu Fuss die Terrassen des Schlosses Fürstenstein und letzteres selbst, sowie die alte Burg Fürstenstein und fuhren dann weiter nach Bad Salzbrunn, wo sie das Diner einnahmen. Abends erfolgte die Rückkehr nach Breslau.

Was die einschlägigen Conferenzgegenstände anbetrifft, so sprach Graf Wintzingerode, Landeshauptmann der Provinz Sachsen, in seinem Vortrage über coloniale Irrenpflege von den in Frankreich und Belgien gemachten Beobachtungen im Allgemeinen, begründete daraus und aus den Anfängen in der Provinz Sachsen die guten Aussichten für das weitere Vorgehen nach dieser Richtung und wies im Uebrigen auf die letzte Publication Alt's über coloniale Irrenpflege hin. — Wegen Mangels an Zeit wurde dieser Gegenstand der Tagesordnung nicht zur materiellen Behandlung gebracht.

*) Derselbe liegt auf einer Anhöhe mehr als 300 m über dem Meeresspiegel, besitzt daher die Vorzüge eines Luftcurorts und gestattet einen weiten Fernblick auf die freundliche Landschaft.



— **Budapest.** Wie das Publikum über die Irrenärzte denkt und welche Vorstellungen es von der in den Irrenanstalten üblichen Behandlung der Geisteskranken hat, darüber konnte einen die Rede belehren, mit welcher der Abgeordnete St. v. Rokovszky eine Interpellation einleitete, die er in der Sitzung des Abgeordnetenhauses vom 17. Juni d. J. in der Angelegenheit von Missbräuchen, die sich in den staatlichen Irrenanstalten Lipótmezö (Leopoldifeld) und Nagy-Kalló angeblich ergeben haben sollten, an den Minister des Innern richtete.

Wohl erklärte der Abgeordnete, dass er für die vorzubringenden Daten keine Bürgschaft übernehme, dies hinderte ihn aber nicht, auf Grund zweifelhafter Mittheilungen gegen die Irrenanstalten loszuziehen, die Behandlung der Kranken daselbst als barbarisch zu bezeichnen und die vehementesten Angriffe speciell gegen den aus ganz anderen Gründen in den Ruhestand tretenden, sehr verdienstvollen Director Niedermann zu richten. Auch die Bettbehandlung kam dabei schlecht weg, indem der Interpellant bemerkte, dass die Kranken von den Wärtern (!) aus Bequemlichkeitsrücksichten (!) im Bett behalten werden.

Die Interpellation selbst bezog sich darauf, dass ein Mann Namens Johann Fulop (soviel uns bekannt ein an epileptischer Geistesstörung leidendes Individuum) früher in der Leopoldifelder, jetzt in der Nagy-Kallóer Irrenanstalt seit 16 Monaten internirt gehalten wird, „trotzdem er (!) und seine Bekannten behaupten, dass er gesund ist"; ferner darauf, dass in den erwähnten Anstalten die Kranken sehr grausam behandelt werden und dass speciell in Leopoldifeld ein Kranker von einem Wärter zu Tode getreten wurde.

Die Interpellation veranlasste einige der hiesigen Fachcollegen, sich in den Tagesblättern über die schwere Aufgabe der Irrenärzte und über die Unorientirtheit des Publikums in Sachen der anstaltlichen Irrenpflege zu äussern; es erfolgten dann Erörterungen von gegnerischer Seite, bis schliesslich die Antwort, die der Minister-Präsident v. Széll als Minister des Innern am 5. Juli auf die Interpellation ertheilte, der Sache ein vorläufiges Ende bereitete.

Der Minister theilte mit, dass Johann Fulop schon früher einmal in der Irrenanstalt am Leopoldifelde war, auf Ersuchen seiner Gattin jedoch bedingungsweise entlassen wurde. Kurz darauf beging er aber einen Betrug und dann einen Diebstahl, so dass er als gefährlicher Geisteskranker wieder der Irrenanstalt zugeführt werden musste. Es gelang ihm zu entspringen, er wurde aber wieder zurückgebracht. — Was die Behandlung der Patienten in den Irrenanstalten betrifft, so könne von Brutalität keine Rede sein, denn wenn irgend ein Wärter ein gewaltsames oder rohes Benehmen an den Tag legt, er strengstens bestraft werde. Die Nachrichten, dass ein Patient zu Tode geprügelt und ein anderer im Bade ertränkt wurde, sind Phantasien von Wahnsinnigen. Schliesslich nahm der Minister-Präsident den Director Niedermann gegen die wider ihn gerichteten diffamirenden Beschuldigungen in Schutz und gedachte der grossen Verdienste, die derselbe sich um unser Irrenwesen erworben hat. — n.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

— Graf von Wintzingerode, Landeshauptmann der Provinz Sachsen, dessen zweite (zwölfjährige) Wahlperiode im Februar 1900 abläuft, soll den Wunsch ausgesprochen haben, dass von seiner Wiederwahl mit Rücksicht auf sein hohes Alter Abstand genommen werden möge.

— Dr. med. et phil. Weigandt habilitirte sich in Würzburg für Psychiatrie.

— Sanitätsrath Dr. Adalbert Tilkowsky, Director der niederösterr. Landes-Irrenanstalt in Wien, wurde zum Regierungs-Rath ernannt.

Bücherschau.

Sindssygdommenes forekomst i Norge; af Med.-dir. Holmboe. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIII. 9. S. 917. 1898.

Nach den Resultaten der Volkszählungen in den Jahren 1865 und 1891 ergiebt sich für Norwegen eine ganz bedeutende Zunahme der erworbenen Geistesstörungen (bis zu 43 %), die nicht bloss durch eine Verlängerung der Lebensdauer infolge besserer Verpflegung, infolge vermehrter Aufnahme in Anstalten zu erklären ist, sondern durch eine Zunahme der Geistesstörungen, namentlich in mehreren Landdistrikten. Zu den Momenten, die dabei gewirkt haben, rechnet H. zunächst die Auswanderung, die innerhalb dieser Periode in Norwegen sehr lebhaft gewesen ist, und zwar infolge der damit verbundenen psychischen Eindrücke (Sorge der Zurückbleibenden um das Schicksal der ausgewanderten Familienglieder, Schmerz der Trennung, Noth und Verarmung der Verlassenen), die bei disponirten Individuen wohl zum Ausbruche von Geistesstörungen führen können, wie auch nicht minder die Depression der enttäuscht Zurückgekehrten, die nach H.'s Erfahrung nicht selten unheilbar erkranken. Nicht minder wichtig ist der zunehmende Nothstand, der öconomische Druck, der in diesem Zeitraume hauptsächlich den Bauernstand in Norwegen betroffen hat. Ebenso sind die religiösen Strömungen, der Fanatismus von Bedeutung. Als ein wesentliches Moment kommt hierzu seit 1889 noch die Influenza, die bei gegen 3 % der im Jahre 1890 in den Irrenhäusern Aufgenommenen als mitwirkende oder alleinige Ursache aufgeführt ist. — Von den einzelnen Landesdistrikten zeigt sich in einzelnen eine besondere Disposition infolge von geschwächter Constitution, die sich auch aus der geringen Militärtauglichkeit der Bevölkerung erkennen lässt. — Idiotie kommt häufiger auf dem Lande als in Städten vor, als wichtiges ursächliches Moment wird von manchen Rhachitis hervorgehoben, von anderen Alkoholismus, vom Verkehr abgeschlossene abgelegene Lage und Festhalten an alten schädlichen Gewohnheiten. W. Berger.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 19. 5. August 1899.

Die „Psychiatrische Wochenschrift“ erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mark.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Entwicklung und Stand des Irrenwesens der Provinz Ostpreussen.

Von *Hoppe*-Allenberg.

Bis zur Mitte dieses Jahrhunderts bestand für die ganze, Ost- und Westpreussen umfassende Provinz (Alt-)Preussen nur eine kleine Irrenanstalt in Königsberg, die sog. kgl. Irrenanstalt im Löbenicht'schen Hospital mit 60 Plätzen. Erst als im Jahre 1852 die Irrenanstalt Allenberg und drei Jahre darauf die Irrenanstalt Schwetz, jene für den östlichen Theil der Provinz (Ostpreussen), diese für den westlichen (Westpreussen) eröffnet wurden, kann von einem geordneten Irrenwesen der Provinz die Rede sein, vom ostpreussischen Irrenwesen s. str. eigentlich erst vom Jahre 1877 an, wo die Trennung Altpreussens in zwei besondere Provinzen, die Provinzen Ost- und Westpreussen, stattfand.

Allenberg, das am 1. September 1852 mit 59 Kranken bezogen wurde, hatte bereits nach 10 Jahren das Maximum seiner auf 250 Kranke berechneten Belegungsfähigkeit überschritten. Mit dem Jahre 1870, wo ein durchschnittlicher Krankenbestand von 325 Kranken erreicht war, beginnt die Periode der allmählichen Vergrösserung der Anstalt, die in vier verschiedenen Etappen erfolgte: 1870—1872 Erweiterung auf 500, 1880 und 1881 auf 600 Plätze, 1889 durch ein Zellengebäude mit 8 Zellen, wonach eine Belegungsfähigkeit mit 650 Kranken angenommen wurde, und endlich 1896 auf 890 Plätze, während bereits 1879/80 ein durchschnittlicher Bestand von 528, 1884/85 von 651 Kranken erreicht war. Die Errichtung der zweiten ostpreussischen Irrenanstalt Kortau, die Ende 1886 mit 200 Kranken aus Allenberg eröffnet und bis 1889 auf einen Maximalbestand von 600 Kranken, der später bei derselben Grösse auf 700 normirt wurde, hatte nur wenige Jahre die drohende Ueberfüllung aufgehalten. Auch die Einrichtung der Familienpflege an beiden Anstalten (1890 in Kortau und 1891 in Allenberg) schaffte bei der geringen Anzahl der in Betracht kommenden Pfleglinge keine Remedur. Bereits am 31. December 1892 hatte Allenberg einen Bestand von 669, Kortau von 671 Kranken, im Jahre 1895, wo die Normalbelegungsfähigkeit von Allenberg bereits auf 650, von Kortau auf 760 Plätze festgesetzt wurde, erstere Anstalt 775, letztere 870 Kranke (davon 20 resp. 37 in Familienpflege).

Den Bau einer dritten Anstalt, welchen der immer weiter sich steigernde Zuzug in die Irrenanstalten nahe legte, suchte die Provinzialverwaltung zunächst durch einen grösseren Erweiterungsbau in Allenberg (4 Pavillons für je 60 ruhige Kranke) zu umgehen,

welcher im Frühjahr 1895 begonnen und Ende 1896 bezogen wurde. Wenn auch dadurch die Belegungsfähigkeit von Allenberg auf 890 Plätze erhöht wurde, so bezeichnete trotzdem bereits Ende 1895 Zinn-Eberswalde, welcher im Auftrage der Regierung die ostpreussischen Irrenanstalten einer Revision unterzogen hatte, in seinem Revisionsberichte den Bau einer zunächst auf 600 Plätze zu berechnenden, später allmählich auf 1600 Plätze zu erweiternden Irrenpflege- und Siechenanstalt als dringende Nothwendigkeit. In der That stellte sich bald heraus, dass die Erweiterung von Allenberg für den Zuwachs an Kranken durchaus unzureichend war. Dieselbe hatte nur einen Augenblick Luft geschafft. Schon am 31. December 1896, 4 Wochen nach der Belegung der neuen Pavillons, zählte Allenberg (bei einer Belegungsfähigkeit von 890) 878 und Kortau (bei einer Belegungsfähigkeit von 750) 816 Kranke, so dass beide Anstalten zusammen 54 Kranke über die Normalbelegungsfähigkeit hatten. Am 31. December 1897 war die Zahl der Kranken in Allenberg auf 890, in Kortau auf 897 gestiegen, was eine Ueberfüllung (von Kortau) mit 147 Kranken bedeutete. Dabei muss bemerkt werden, dass man auf Anordnung der Verwaltung in der Entlassung von Kranken schon seit vielen Jahren bis an die äusserste Grenze des Statthaften gegangen war, sonst hätte die Ueberfüllung noch weit grössere Dimensionen angenommen. Eine im Verhältniss zum Bedürfniss nur geringe Erleichterung verschaffte die Errichtung der bereits seit Jahren geplanten Pflegeanstalt für verbrecherische und andere gemeingefährliche und störende männliche Geisteskranke im Anschluss an die Besserungsanstalt Tapiau, die im Mai 1897 mit 60 Kranken aus den beiden Irrenanstalten bezogen wurde. Der Vorschlag der Provinzialverwaltung, durch Heraufsetzung des Pflegegeldes für die unheilbaren landarmen Kranken, für welche der Kreis mindestens $^2/_3$, die Gemeinde $^1/_3$ zu zahlen hat, von 100 Mk. auf 240 Mk. den Zudrang zu den Irrenanstalten zu hemmen, wurde vom Provinziallandtage 1898 verworfen. Dagegen wurde der Antrag auf Erweiterung der Irrenanstalt Kortau durch 4 Pavillons für je 70 Kranke, wodurch der Bau einer dritten Anstalt vermieden werden sollte, angenommen und 478 000 Mk. für Errichtung derselben (zusammen mit der Erweiterung der wirthschaftlichen Anlagen) ausgeworfen. Der Bau der Pavillons, welche für unruhige Kranke bestimmt sind und im Ganzen die etwas reichlich bemessene Zahl von 16 Einzelzellen enthalten, wurde im vorigen Jahre begonnen und soll im Herbst dieses Jahres fertig gestellt sein. Kortau wird dann rund 1000 Plätze haben. Nun war aber schon am 1. Mai d. J. die Anstalt mit 906 Kranken besetzt, während die Irrenanstalt Allenberg, welche, wie gesagt, 890 Plätze hat, am 1. Juni d. J. 887 Kranke zählte (Familienpfleglinge sind dabei nicht mitgerechnet), also völlig gefüllt, auf der Frauenseite sogar überfüllt war. Es ist vorauszusehen, dass in Kortau, welches zur Zeit 156 Kranke über den Normalstand hat und so überfüllt ist, dass vorläufig eine Beschränkung der Aufnahmen stattfinden muss, die Belegung der neuen Pavillons nur gerade vielleicht hinreichen wird, um die dann vorhandene Zahl der Kranken unterzubringen, und es dann an Platz für weitere Aufnahmen fehlen wird.*) Es steht dann also in beiden Anstalten eine zunehmende Ueberfüllung in Aussicht,

*) Die ausserordentliche Zunahme der Kranken in den letzten 12 Jahren zeigt folgende Uebersicht:

Es war die Zahl der Kranken	in Allenberg	in Kortau	in Tapiau (Irrenabtheilung)	Summa
im November 1887:	597	195	—	792
„ „ 1888:	621	222	—	843
„ „ 1889:	619	435	—	1054
am 31. December 1890:	655	538 (8 in Familienpflege)	—	1193
„ „ „ 1891:	684 (11 in Familienpflege)	576 (13 „ „)	—	1260
„ „ „ 1892:	669 (15 „ „)	671 (35 „ „)	—	1340
„ „ „ 1893:	745 (23 „ „)	721 (35 „ „)	—	1466
„ „ „ 1894:	766 (20 „ „)	802 (35 „ „)	—	1568
„ „ „ 1895:	768 (19 „ „)	879 (42 „ „)	—	1647
„ „ „ 1896:	897 (19 „ „)	862 (46 „ „)	—	1759
„ „ „ 1897:	911 (21 „ „)	940 (43 „ „)	—	1851
„ „ „ 1898:	897 (20 „ „)	921 (47 „ „)	65	1883
Zur Zeit:	907 (20 „ „)	955 (47 „ „)	65	1920

In den 6 Jahren von 1887—1892 hat sich die Krankenzahl um 548 oder um 70%, von da an, wo das Gesetz vom 11. Juli 1891 in Wirksamkeit trat, in den nächsten 6 Jahren um 580 oder um 43% vermehrt; im Ganzen hat sich in den 12 Jahren die Krankenzahl fast verdreifacht.



wenn nicht rechtzeitig Maassregeln dagegen ergriffen werden. Als solche werden geplant:

1. Unterbringung aller aufzunehmenden Pensionäre*) vom 1. October 1899 an in Kortau, bis die daselbst reichlich vorhandenen Räume in den Pensionärabtheilungen, die für 100 Kranke Platz bieten (während zur Zeit nur 77 Plätze besetzt sind) alle belegt sind.

2. Möglichste Ausdehnung der Familienpflege in beiden Anstalten, die seit vielen Jahren keine weiteren Fortschritte gemacht hat.

3. Unterhandlungen mit der Regierung behufs Gründung einer besonderen Universitäts-Irrenklinik für 100 Kranke.

4. Eventuell abermalige Erweiterung von Allenberg oder Errichtung einer Pflegeabtheilung für Geisteskranke im Anschluss an die Besserungsanstalt resp. Pfleglingsabtheilung Tapiau.

Die Familienpflege, welche, wie erwähnt, seit 1889 in Kortau, seit 1890 in Allenberg besteht, hat eine weitere Ausdehnung nicht gewonnen. In Kortau, wo die Pfleger vorzugsweise ältere Wärter sind, denen Kranke (meist verblödete und arbeitsunfähige) in grösserer Zahl bis zu 10 gegen ein Pflegegeld von ca. 200 Mk. jährlich überlassen werden, ist die Zahl der Familienpfleglinge doch auf beinahe 50 gestiegen, während in Allenberg, wo die Pfleger kleine oder mittlere Besitzer in der Umgegend sind (in 3 bis 20 km Entfernung von der Anstalt) und nur ziemlich helle und leistungsfähige Kranke in Pflege genommen werden, allerdings gegen das geringe Pflegegeld von meist 5 Mk. (bis 7 Mk.) monatlich, die Zahl der Pfleglinge den Stand von ca. 20 nicht überschritten hat. Die Leutenoth führt ja zu einer gewissen Nachfrage nach solchen Kranken, von denen die Pfleger meist eine volle Arbeitskraft beanspruchen, doch ist naturgemäss die Zahl derselben sehr beschränkt. Die Absicht, geeignete Kranke den eigenen Familienangehörigen in Pflege zu geben und letztere durch Zahlung eines entsprechenden Pflegegeldes dazu in den Stand zu setzen und geneigt zu machen (wie dies in den Berliner Irrenanstalten geschehen und bei dem verhältnissmässig engen Bezirke möglich ist), findet bei der räumlichen Ausdehnung der Provinz an der Unmöglichkeit der nothwendigen Controle durch die Anstalt ihr natürliches Hemmniss. Der Plan, Wärter anzusiedeln und ihnen je 4 bis 6 Kranke in Pflege zu geben, welcher bereits 1894 von dem Provinziallandtage gut geheissen worden ist, ist in Allenberg über den ersten Schritt, den Ankauf des ca. 3 km von der Anstalt entfernten Vorwerks Röderbruch mit 152 Morgen Land, welches seit 4 Jahren von der Anstalt aus mit Anstaltskranken bewirthschaftet wird, nicht hinausgekommen. Die ausserordentlichen Mittel, welche die Provinz für die Erweiterung der Anstalten hat aufbringen müssen, haben diesen Plan vorläufig zurückgedrängt. In Kortau, wo es in der Nähe der Anstalt an geeigneten Wohnungen für die Wärter fehlt, ist man, um diesem Mangel abzuhelfen, mit dem Bau von solchen vorgegangen.

Für die Irrenpflege kommen aber ausser den beiden Provinzialirrenanstalten und der Irrenanstalt für geisteskranke Männer zu Tapiau noch die s. str. seit der Mitte der 70er Jahre bestehende Irrenabtheilung des Städtischen Krankenhauses zu Königsberg mit ca. 40 Plätzen, welche gleichzeitig als Irrenklinik dient, und die beiden kleinen Pflegeanstalten des Besitzers Rade und der Frau Riechert in Paterswalde b. Wehlau mit 12 resp. 8 Plätzen in Betracht. Wie bemerkt, ist die Errichtung einer besonderen Universitäts-Irrenklinik in Königsberg ins Auge gefasst worden. Ebenso ist die Gründung einer eigentlichen Privatanstalt für Geisteskranke, die bisher in Ostpreussen noch nicht existirt, in Königsberg geplant. Schliesslich ist noch zu erwähnen, dass die im Jahre 1890 als Annex der Besserungsanstalt Tapiau gegründete Pfleglingsabtheilung für land- und ortsarme Sieche aller Art (Landarmenanstalt) auch zahlreiche harmlose Geisteskranke beherbergt. Am 31. November 1896 waren unter 359 Pfleglingen 29,2 % geistesschwach, 3,3 % Epileptiker und 1 % Idioten, so dass etwa der dritte Theil der Kategorie der Geisteskranken angehört; am 31. November 1898 waren von 371 Pfleglingen 178, also über die Hälfte, geistesschwach. Die Pflegeabtheilung, welche anfänglich 300 Plätze hatte, wurde 1898 auf 466 Plätze erweitert und wird in diesem Jahre nach Fertigstellung eines Lazareths 502 Pfleglinge (330 Männer und 172 Frauen) fassen können. Hier dürfte die Grundlage für eine künftige Irrenpflegeanstalt vorhanden sein.

Nach Fertigstellung der Kortauer Pavillons (am 1. October 1899) werden für Geisteskranke vorhanden sein:

*) Nach einer Bestimmung des Landeshauptmanns werden seit einem Jahre wegen der Ueberfüllung Pensionäre überhaupt nicht resp. nur mit jedesmaliger Genehmigung des Landeshauptmanns auf directes Gesuch der Angehörigen aufgenommen.

in den beiden Provinzialirrenanstalten 1890 Plätze,
„ der Irrenanstalt Tapiau . . . 66 „
„ „ Irrenabtheilung des Städtischen Krankenhauses zu Königsberg . 40 „
in zwei kleinen Privatpflegeanstalten 20 „
2016 Plätze,

oder bei einer Bevölkerung von ca. 2 000 000 Einwohnern 1 ‰. Rechnet man selbst ca. 180 Plätze in der Pfleglingsabtheilung Tapiau dazu, so erhöht sich die Zahl nur auf 1,09 %, immer noch 0,45 ‰ unter dem bereits im Jahre 1894 erreichten Durchschnitt im Königreich Preussen, so dass der Provinz Ostpreussen, sehr gering gerechnet, noch 900 Plätze fehlen, um dem Durchschnitt gleichzukommen, wie derselbe bereits 1894 im Königreich Preussen bestand; bei der ausserordentlichen Erweiterung, welche die Irrenpflege in allen Provinzen seit 5 Jahren erfahren hat, dürfte die Zahl auf mindestens 1000 steigen. Nimmt man aber den Maassstab, welchen die Provinz Brandenburg bietet, der unter den preussischen Provinzen dem Ideal der Irrenversorgung mit 2 ‰ (genau 2:1040) am nächsten kommt, so fehlen in Ostpreussen noch 1800 bis 2000 Plätze.

Was die Fürsorge für Idioten und Epileptiker betrifft, die ich noch kurz besprechen will, so bestehen seit geraumer Zeit in und bei Rastenburg zwei aus Privatinitiative hervorgegangene Anstalten. Die bereits im Jahre 1865 mit 17 Plätzen eröffnete Idiotenanstalt Rastenburg, welche in den Jahren 1869 und 1881 auf 120 Plätze erweitert wurde, hatte anfänglich auf Kosten der Provinz Ostpreussen 14, der Provinz Westpreussen 10 Stellen eingerichtet. Im Jahre 1881 erhöhte Ostpreussen die Zahl der Provinzialfreistellen auf 40, Westpreussen auf 20. Als durch das Gesetz vom 11. Juli 1891 die Fürsorge für die hilfsbedürftigen Idioten und Epileptiker obligatorische Pflicht der Provinzialverwaltung wurde, schloss die Provinz Ostpreussen mit der unter geistlicher Direction stehenden Anstalt Rastenburg einen Vertrag, wonach dieselbe gegen ein unverzinsliches Darlehen von 166 000 Mk. sich bereit erklärte, ausser den bisherigen 40 noch 230 Stellen der Provinz zur Verfügung zu stellen und zwar 100 vom 1. April 1893 ab und die übrigen 130 nach Vollendung der erforderlichen Neubauten, über deren Anlage und Ausführung dem Landeshauptmann das Aufsichtsrecht zugestanden wurde. Für jeden Provinzialpflegling verpflichtete sich die Provinz, 300 Mk. zu zahlen. Die Anstalt, welche bis dahin nur bildungsfähige Idioten aufgenommen hatte, musste seitdem natürlich ihre Aufgabe erweitern und auch bildungsunfähige und ganz blöde Idioten aufnehmen. Die Provinz Westpreussen vermehrte gegen einen Verwaltungszuschuss von 10 800 Mk. die Zahl ihrer Stellen auf 30.

Seit dem 1. April 1893 ist der Krankenbestand der Idiotenanstalt Rastenburg in folgender Weise gewachsen:

Es war der Bestand	aus Ostpreussen Prov.-Pflegl.	aus Ostpreussen Pensionäre	aus Westpreussen Prov.-Pflegl.	aus Westpreussen Pensionäre	Sa.
am 1. April 1893:	47	2	30	7	86
„ „ 1894:	165	1	27	6	199
„ „ 1895:	222	2	29	6	259
„ „ 1896:	252	4	30	8	294
„ „ 1897:	268	7	30	5	310
„ „ 1898:	264	8	30	5	307

Trotz dieser grossen Krankenzahl hat die Anstalt keinen besonderen Arzt; die ärztlichen Functionen übt der Kreisphysikus des Ortes aus.

In einem ähnlichen Verhältniss zu den Provinzialverbänden Ost- und Westpreussen steht die im Jahre 1882 (auf Anregung des damaligen Superintendenten von Rastenburg) gegründete und mit 70 bis 80 Plätzen eröffnete Epileptikeranstalt Carlshof bei Rastenburg (mit einer Arbeitercolonie und einer kleinen Trinkerheilanstalt verbunden). Die beiden Provinzialverbände hatten von Anfang an gegen ein unverzinsliches Darlehen von 30 000 resp. 10 000 Mk. sich 40 resp. 14 Freistellen für Provinzialpfleglinge ausbedungen. Nachdem in den nächsten Jahren die Anstalt auf 200 Plätze erweitert worden war, stiegen die Stellen der Provinz Ostpreussen auf 80, von Westpreussen auf 48. Im Jahre 1892 schloss die Provinz Ostpreussen mit der Anstalt einen ähnlichen Vertrag wie mit der Idiotenanstalt Rastenburg, wonach in Carlshof 220 neue Pflegestellen für Provinzialpfleglinge gegen ein unverzinsliches Darlehen von 154 000 Mk. (700 Mk. pro Kopf) geschaffen werden sollten. Die Provinz Westpreussen vermehrte gleichfalls ihre Stellen um 32, so dass derselben im Ganzen 80 zur Verfügung gestellt wurden. Durch Beschluss des ostpreussischen Provinziallandtages vom 28. Febr. 1898 wurde die Zahl der Provinzialstellen in Carlshof um weitere 50 Stellen gegen ein unverzinsliches Darlehen von 44 500 Mk. (890 Mk. pro Kopf) vermehrt, so dass die Provinz Ostpreussen jetzt im Ganzen auf 450 Stellen Anspruch hat.

Die Anstalt wurde October 1882 mit 28 Epileptikern belegt. Ende 1883 war die Zahl auf 70, Ende 1884 auf 80, Ende 1885 auf 99, Ende 1886 auf 110 gestiegen.

Die Zahl der Epileptiker betrug		bei den Provinzialpflegl. der Prov. Ostpreussen
am 1. April 1889:	175	ca. 80
„ „ 1890:	183	80
„ „ 1891:	201	80
„ „ 1892:	259	80
„ „ 1893:	259	80
„ „ 1894:	451	281
„ „ 1895:	524	395
„ „ 1896:	536	381
„ „ 1897:	561	402 (+58 Anwärter)
„ „ 1898:	567	410 (+63 „)

Zur Zeit ist die Anstalt so überfüllt, dass dieselbe bei der Provinzialverwaltung den Antrag gestellt hat, 40 Epileptiker in die Pfleglingsabtheilung Tapiau überführen zu dürfen. Seit einigen Jahren sind an der natürlich auch unter geistlicher Direction stehenden Anstalt besondere Anstaltsärzte angestellt, deren Zahl jetzt drei beträgt. Es mag noch bemerkt werden, dass die Anstalt im letzten Berichtsjahre rund 21 200 Mk. durch Kirchen- und Hauscollecten zusammenbekommen hat und ungefähr ebensoviel in allen früheren Jahren. Es ist dies ca. 10 % des Etats.

In die Pfleglingsabtheilung (Landarmenanstalt) Tapiau sollen übrigens demnächst auch 4 Männer und 3 Frauen aus Allenberg übergeführt werden. Ausserdem ist die Weisung an die beiden Irrenanstalten Allenberg und Kortau ergangen, eine grössere Anzahl harmloser, landarmer, unheilbarer Geisteskranker für die Ueberführung nach der Pfleglingsabtheilung Tapiau auszusuchen, deren Wartepersonal (dasselbe besteht auf der Männerseite aus zwei Aufsehern und zwei Wärtern, auf der Frauenabtheilung aus einer Aufseherin und zwei Wärterinnen bei im Ganzen 450 Pfleglingen, so dass mit Einschluss der Aufseher eine Warteperson auf 65 Pfleglinge kommt) daraufhin vermehrt werden soll.

Zu bemerken ist noch, dass der Director der Besserungsanstalt (ein Rittmeister a. D.) zugleich Director der Pfleglingsabtheilung ist, ebenso wie Director der auf dem Hofe der Besserungsanstalt erbauten Irrenanstalt für Männer. Der frühere Arzt der Besserungsanstalt ist zugleich Arzt der Pfleglingsabtheilung und seit Errichtung der Irrenanstalt Tapiau auch Arzt an dieser, nachdem er durch ein vierteljährliches Studium in Allenberg sich die nöthigen Qualitäten erworben hat. Während derselbe als Arzt der Besserungsanstalt und der Pfleglingsabtheilung dem Director untergeordnet ist, ist er als Arzt der Irrenanstalt dem Director officiell coordinirt.

Schliesslich möge bezüglich der Pfleglingsabtheilung noch erwähnt werden, dass nach dem von dem Provinziallandtage 1898 revidirten Statut für die Pfleglingsabtheilung der Director die Disciplinargewalt über die Pfleglinge ausübt. Als Disciplinarstrafen sind zulässig:

1. Entziehung der Erlaubniss, Besuche zu empfangen oder Briefe zu wechseln auf die Dauer von drei Monaten.

2. Entziehung der Bücher und Denkschriften weltlichen Inhalts bis auf die Dauer von vier Wochen.

3. Entziehung der Bewegung im Freien bis auf die Dauer einer Woche.

4. Entziehung der Verfügung über die Arbeitsbelohnung bis auf die Dauer von drei Monaten.

5. Entziehung der Arbeitsbelohnung bis zum Betrage der letzten drei Monate.

6. Einfacher Arrest bis auf die Dauer von 14 Tagen. Er wird in einer Zelle verbüsst unter Entziehung der Arbeit, der Bücher weltlichen Inhalts und Beschränkung der Kost auf $^3/_4$ der hausordnungsmässigen Portion. Der Bestrafte darf die Zelle nur zur hausordnungsmässigen Bewegung im Freien verlassen.

Ferner kann der Director von Sicherheitsmaassregeln Einzelhaft bis auf die Dauer von drei Monaten und Einsperrung in die Tobzelle (bei Wuthausbrüchen mit Toben und Schreien oder Zerstören von Gegenständen bis zur Beruhigung; ist dieselbe nach drei Tagen nicht eingetreten, so bestimmt über das weitere Verbleiben in derselben der Arzt) verfügen. Allerdings bedürfen Disciplinarstrafen und Sicherheitsmaassregeln gegen körperlich Kranke, Geistesschwache, Epileptische, Geistesgestörte der Zustimmung des Arztes, welcher seine Bedenken und Befunde in die Personalacten einzutragen hat. Es ist vorauszusetzen, dass wenn Geisteskranke in die Pfleglingsabtheilung übergeführt werden, diesen gegenüber die Disciplinargewalt des Directors aufgehoben werden wird.

Anm. d. Red.: Am 7. Juli 1832 — **also vor nunmehr 67 Jahren** — erging ein Erlass des preussischen Ministers v. Altenstein an den Oberpräsidenten v. Schoen, worin er diesem dringend ans Herz legt, die von den Preuss. Provinzialständen geplante Einrichtung von Provinzial-Irrenanstalten in Verbindung mit den Landarmenanstalten in **Tapiau** und Graudenz durchaus zu verhindern, weil diese längst als verwerflich erkannte Verbindung mit den Ansprüchen der Humanität und der Wissenschaft in Widerspruch stehe (cf. Laehr, Gedenktage der Psychiatrie, S. 205).



Mittheilungen.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

(Sitzung vom 10. Juli 1899.)

I. Herr Finkelnburg: Ueber Peroneuslähmung bei Tabes. Vortr. berichtet über zwei Fälle, von welchen einer demonstrirt wird. Bei dem ersten Kranken, welcher specifisch inficirt und starker Potator gewesen ist, hat sich die übrigens passagère Peroneuslähmung entwickelt, nachdem er längere Zeit mit übereinander geschlagenen Beinen gesessen hat; Vortr. nimmt an, dass ausser der Tabes im Allgemeinen bezw. der Lues auch der Alcohol, sowie die tabische Analgesie der Unterextremitäten die Prädisposition geliefert hat, so dass der Druckeffect zu Stande gekommen ist. In dem anderen Falle stellte sich die Peroneuslähmung an einem Beine ein, an welchem eine Kniegelenksarthropathie bestand; Vortr. hält in diesem Falle die Zerrung und Dehnung des Nerven in Folge der Knochenveränderung für das wesentliche ursächliche Moment.

Herr Moeli weist auf die von ihm schon vor längerer Zeit hervorgehobene Häufigkeit von Peroneuslähmungen bei progressiver Paralyse hin, insbesondere auf die seiner Zeit ausführlich behandelte Bedeutung einer anderen, quasi endogenen, traumatischen Ursache für das Zustandekommen von Peroneuslähmungen, nämlich auf den bei solchen Kranken häufigen Mangel bezw. die Störung der normaliter durch die Sehnenreflexe in feinster Weise stattfindenden, automatischen Bewegungsregulirung: in solchen Fällen findet sich Aufhebung oder Herabsetzung des Kniephänomens. Diese damals ausgesprochene Vermuthung hat insofern eine Bestätigung gefunden, als das Kniephänomen unter zwölf in neuerer Zeit zur Beobachtung gelangten Fällen von Peroneuslähmung bei Dementia paralytica in neun bis zehn Fällen fehlte bezw. im Erlöschen begriffen war, und zwar bei drei Fällen auf der Seite der Peroneuslähmung. Auffällig erscheint ferner, dass mindestens zehn von den zwölf Kranken Lues gehabt haben.

Herr Oppenheim fragt, ob bei diesen Fällen Traumata auszuscheiden seien.

Herr Moeli erwidert, dass er diese Idee eventueller anderer Traumata seiner Zeit bereits vermuthungsweise ausgesprochen habe, da ja solche Kranke erfahrungsgemäss oft unvorsichtig mit ihren Gliedern umgehen und leicht Verletzungen erleiden können; in den erwähnten Fällen sei aber ein derartiges Specialtrauma, welches für die Peroneuslähmung verantwortlich gemacht werden könnte, nicht nachzuweisen. Die Feststellung übrigens, dass im Allgemeinen, bei vielen Fällen, die durch die Krankheit verursachte Sehnenreflexstörung von besonderer ätiologischer Bedeutung für das Eintreten von Peroneuslähmungen sei, schliesst aber selbstverständlich nicht aus, dass Jemand im Einzelnen auch einmal durch ein anderes Trauma eine Peroneuslähmung bekommen könne.

Herr Bernhard hält die Prädisposition durch Lues und Alcohol in dem ersten Falle für wichtig; Herr Finkelnburg auch.

II. Herr Rothmann: Die sacrolumbale Kleinhirnseitenstrangbahn. Vortr. demonstrirt Präparate, welche eine durch experimentelle Embolie bezw. locale Anämie (Aortencompression) bewirkte Necrose der grauen Substanz des Sacrolumbalmarks und eine aufsteigende secundäre Degeneration eines kleinen, auf dem Querschnitt zunächst annähernd dreieckigen, weiter oben mehr langgestreckten Bündels in dem hinteren Theile der Seitenstränge zeigen.

Herr Jacobsohn hebt hervor, dass diese Bahn auch in neueren französischen Arbeiten erwähnt sei und fragt an, ob sie nicht oben in die bekannte Kleinhirnseitenstrangbahn übergehe, eine Frage, welche Herr Rothmann zu verneinen geneigt scheint.

III. Herr Oppenheim: Ueber einige seltenere Ursachen der Schlaflosigkeit. Vortr. bespricht 1. die psychogenen Ursachen (Affecte, speciell Angst, Zwangsvorstellungen, besonders Furcht vor dem Nichtschlafenkönnen, lebhafte Vorstellungen etc.), Hyperästhesien der Sinnesorgane, insbesondere des Gehörs; 2. algogene Form (Parästhesien, besonders Hautjucken, Ohrensausen etc.), ferner gastrische Störungen, Herzklopfen, motorische Reizerscheinungen (Zuckungen). Viele der Schmerzen würden erst durch den Schlaf erzeugt, vielleicht durch Ausschaltung von Hemmungsorganen, gelegentlich kämen auch hallucinirte Schmerzen im Zusammenhang mit Träumen vor. In einem Falle nach acuter Infectionskrankheit ca. 14 Nächte lang jedesmal beim Einschlafen vollständiger Stillstand der Athmung und Herzthätigkeit, so dass Patient künstlich am Einschlafen verhindert werden musste; in einem anderen Falle motorische Reizerscheinungen, Unruhe, Herausdrängen aus dem Bett etc., was auch Vortr. für hysterisch bezw. hystero-epileptisch hält. Die Ursachen, welche das Einschlafen verhinderten, seien jedenfalls meist scharf zu trennen von denen, welche ein Wiedererwachen bewirkten.

Herr Kalischer weist auf ähnliche Erscheinungen bei Migränekranken hin; Herr Schuster erwähnt einen Fall, in welchem das Einschlafen durch den Verlust des Muskelgefühls verhindert wurde (Patient hatte immer die Empfindung, als ob er keine Glieder hätte).

Herr Bernhard betont die Häufigkeit von Akroparästhesien (Einschlafen der Finger); Herr Jolly hebt hervor, dass gelegentlich besonders bei Arteriosclerose Cheyne-Stokes'sches Athmen vor dem Einschlafen eintrete, was vermuthlich auf Circulationsstörungen in der Medulla oblongata zurückzuführen sei.

Kaplan-Herzberge.



— **Aus Dresden.** Bekanntlich bildeten im vorigen Jahre neu erschienene „Bestimmungen, das Einschreiten der wohlfahrtspolizeilichen Aufsichtsorgane gegen Geisteskranke betreffend" den Gegenstand eines scharf kritisirenden Artikels in der Berl. klin. Wochenschr.

Schon ehe hierdurch die allgemeine Aufmerksamkeit auf diese Bestimmungen gelenkt worden war, hatte sich der ärztliche Bezirksverein Dresden-Stadt mit ihnen beschäftigt und in einem von einer besonderen Commission entworfenen Schreiben an den Stadtrath zu Dresden seine Bedenken dargelegt und ausführlich begründet. Es wurde vor Allem darauf hingewiesen, dass es im Interesse aller Betheiligten, besonders aber der Kranken selbst, liege, bei der Zwangsüberführung Geisteskranker in erster Linie ein ärztliches Gutachten herbeizuziehen, während bekanntlich nach den Bestimmungen von der Mitwirkung eines Arztes fast ganz abzusehen war.

Von den städtischen Behörden wurde infolgedessen die Angelegenheit einer Prüfung unterzogen und unter Zuziehung von ärztlichen Sachverständigen ein Entwurf aufgestellt, welcher nach eingehender Durchberathung in verschiedenen Instanzen unter dem Titel: „Anweisung für die Aufsichtsbeamten der Wohlfahrtspolizei, die Zwangsüberführung Geisteskranker in das Stadtirrenhaus betreffend" seit dem 10. Juni 1899 in Wirksamkeit getreten ist. Diese Anweisung sichert eine ausgiebige Mitwirkung des Arztes bei der Entscheidung über die Nothwendigkeit der Zwangsüberführung, ermöglicht die Ueberführung ohne Zeitverlust in dringenden Fällen und giebt zugleich — besonders für Fälle, in denen Zweifel an der Nothwendigkeit sofortiger Anstaltsbehandlung bestehen — ausreichende Garantien gegen zu weit gehende Anwendung von Zwang.

Der Wortlaut der Anweisung ist folgender:

„1. Die Entschliessung über Zwangsüberführung Geisteskranker in das Stadtirrenhaus steht dem Rathe (Wohlfahrtspolizeiamt) im Verein mit dem Stadtbezirksarzte zu.

Die Bezirksinspectoren haben daher, wenn nicht ein Fall des Punkt 2 vorliegt, in dieser Richtung an sie gelangende Anträge der Entschliessung des Rathes schriftlich und in dringlichen Sachen telephonisch zu unterbreiten und Gesuchsteller an den Rath zu verweisen.

2. Ausserhalb der Geschäftszeit des Rathes oder dafern die Dringlichkeit des Falles die Einholung der Entschliessung des Rathes unthunlich erscheinen lässt, sind die Bezirksinspectoren jedoch berechtigt und verpflichtet, nach vorheriger Feststellung des Thatbestandes unter Berücksichtigung des Urtheiles eines Arztes, der, wenn irgend thunlich, zuzuziehen ist, selbst und auf eigene Verantwortung zur Zwangsüberführung in das Stadtirrenhaus zu verschreiten, wenn der Kranke

a) gemeingefährliche Handlungen thatsächlich begangen hat oder die Krankheitserscheinungen sich so darstellen, dass solche Handlungen nach ärztlichem Ermessen unmittelbar zu befürchten sind;
b) einen Selbstmordversuch begangen hat oder nach ärztlichem Urtheil die dringende Gefahr eines solchen besteht, falls er nicht in seiner Wohnung die erforderliche ärztliche Hülfe und Pflege und die nothwendige Aufsicht findet;
c) durch sein Gebahren, durch Verübung von Lärm und Schamlosigkeiten die öffentliche Ordnung und Ruhe stört und öffentliches Aergerniss giebt;
d) sich in tobsüchtiger Erregung befindet.

Kann ein Arzt nicht rasch genug erlangt werden, so haben die Bezirksinspectoren, sofern die obigen Voraussetzungen ihrer Ansicht nach zweifellos zutreffen und Gefahr im Verzuge liegt, auch ohne ärztlichen Beirath die Zwangsüberführung zu bewerkstelligen.

3. Ist es zweifelhaft, ob Geisteskrankheit oder Gemeingefährlichkeit vorliegt, oder bestehen die Angehörigen oder sonstige befugte Antragsteller, obwohl keine der unter 2 a—d angeführten Voraussetzungen dem Aufsichtsbeamten gegeben erscheint, auf der zwangsweisen Ueberführung, so ist in jedem Falle zuvor das Urtheil eines Arztes herbeizuziehen.

Wird die zwangsweise Ueberführung unter den gleichen Umständen durch einen Arzt persönlich von dem Beamten verlangt, so hat letzterer auf dem kürzesten Wege den Stadtbezirksarzt oder dessen Stellvertreter herbeizurufen und deren weiterer Anordnung nachzugehen, auch dem anwesenden Arzte dies sofort mitzutheilen, inzwischen aber, da nöthig, zur Sicherung des Kranken oder dessen Umgebung eine Bewachung durch besondere Wärter in die Wege zu leiten.

4. Ueber jeden einzelnen Fall der Zwangsüberführung oder der Ablehnung einer solchen, wenn sie von irgend einer Seite beantragt war, ist schleunigst Anzeige an den Rath zu erstatten.

5. Bei jeder Zwangsüberführung haben sich die Aufsichtsbeamten der grössten Umsicht und Ruhe, sowie möglichster Schonung des Kranken zu befleissigen.

Bei ruhigem und zugleich bestimmtem Verfahren und der gehörigen Zahl von Begleitmannschaften werden zur Ueberführung eines Kranken mechanische Beschränkungsmittel nicht erforderlich sein, im wirklichen Nothfalle wird die Anwendung eines sogenannten Zwangsgürtels genügen und sind andere Zwangsmittel daher ausgeschlossen.

6. Die Ueberführung ist nur in geschlossenem Wagen und von dem Ueberführenden und der Begleitmannschaft in der Regel in bürgerlicher Kleidung auszuführen."

— Einen **Verein für Kinderforschung,** welcher sich das Studium des kindlichen Seelenlebens zum Zwecke einer rationellen körperlichen und geistigen Erziehung des Kindes zur Aufgabe macht, ist



Dr. phil. F. Kemsies, der Herausgeber der „Zeitschrift für pädagogische Psychologie“, im Begriff ins Leben zu rufen. Es ergehen zur Zeit Einladungen zur Mitwirkung, zu welcher sich bereits eine Reihe Berliner Akademiker bereit erklärt haben.

— **Deutscher Verein für Volkshygiene.** Dieser kürzlich von v. Leyden, Rubner, Bödiker (Präsident des Reichsversicherungsamts) und Graf Douglas (Mitglied des Reichstags und Landtags) begründete Verein, welcher schon im October in Thätigkeit treten wird, will durch öffentliche Vorträge und durch Veröffentlichung populärer Schriften aus dem Gebiete der Hygiene, sowie durch materielle Unterstützung bestehender oder zu schaffender Wohlfahrtseinrichtungen etc. die weiteren Kreise des Publikums für die Resultate der Gesundheitslehre interessiren und die letzteren zum Gemeingut aller Volksschichten machen. Geschäftsstelle: Berlin W., Maassenstr. 23, II.

— **In der Section für Psychiatrie** (Präsident Magnan) **des 13. internationalen medicinischen Congresses** (vom 2. bis 9. August 1900) werden folgende officiellen Referate erstattet werden: 1. Psychopathologie: Pubertätspsychosen: Ziehen-Jena, Marro-Turin, J. Voisin-Paris. 2. Pathologische Anatomie: Pathologische Anatomie der Idiotie: G. E. Shuttleworth und Fletcher-Beach-London, Mierzejewski-St. Petersburg, Bourneville-Paris. 3. Therapie: Ueber die Bettruhe in der Behandlung der acuten Psychosen und die Umänderungen, welche diese Behandlungsmethode in der Einrichtung der Irrenanstalten nach sich ziehen könnte: Cl. Neisser-Leubus, Korsakoff-Moskau, Morel-Bergen. 4. Forensische Medicin: Die zwangsartigen sexuellen Perversionen und die krankhaften Impulse vom forensischen Standpunkte aus betrachtet: v. Krafft-Ebing-Wien, Morselli-Genua, Paul Garnier-Paris. — Section für Neurologie (Präsident Raymond): 1. Ueber die Projections- und Associationscentren im menschlichen Gehirn: Flechsig-Leipzig, Hitzig-Halle, von Monakow-Zürich. 2. Ueber die Natur und Localisation der Sehnenreflexe: Jendrassik-Budapest, Sherrington-Liverpool. 3. Natur und Behandlung der Myelitis acuta: von Leyden-Berlin, Crocq-Brüssel, Marinesco-Bukarest. 4. Die differentielle Diagnose zwischen der organischen und der hysterischen Hemiplegie: Roth-Moskau, Ferrier-London 5. Ueber nicht-tabische Läsionen der Hinterstränge des Rückenmarks: A. Bruce-Edinburg, Homen-Helsingfors. 6. Beitrag zum Studium der Aphasien: Tamburini-Reggio, Pick-Prag.

— Ueber **Controluhren** sendet uns Herr Director Dr. Kaufmann-Werneck gütigst die folgende Notiz:

Controluhren sind für die Wachstationen unentbehrlich. Die besten sind die elektrischen, deren Beschaffung aber noch mit grossen Kosten verbunden ist.

Bei uns waren seither die bekannten von Meyer in Stuttgart gefertigten Controluhren im Gebrauch; diese bewähren sich für Controle der Rundgänge recht gut, für die Wachstation haben sie aber bekanntlich verschiedene Nachtheile, u. A. den, dass man neben der Controluhr noch eine weitere zur Zeitangabe braucht.

Unser Herr Verwalter, der kgl. Rath Reindel, hat nun eine Uhr construirt, welche zugleich als Controluhr und zur Zeitangabe dient.

Es folgt hier eine kurze Beschreibung der Uhr durch Herrn Rath Reindel selbst:

Eine ganz gewöhnliche Zimmeruhr soll zugleich als Controluhr dienen. Um die Controlscheibe so anbringen zu können, dass dieselbe nur den Stundengang mitmacht, ist eine Versetzung des Stundenrohres nöthig. Die papierne Controlscheibe wird auf dieses Rohr aufgesetzt und durch einen auf dem Uhrglase angebrachten kleinen Drücker mit federndem Stift zu der Zeit markirt, in welcher die Controle auszuüben ist. Um nicht jeden Tag eine neue Controlscheibe auflegen zu müssen, sind dieselben in acht gleichweit von einander entfernte Kreise eingetheilt. Der Drücker mit dem Stift bewegt sich in einem kleinen, nur 2 mm breiten Gehäuse, welches mit S. M. D. M. D. F. S. bezeichnet ist. Es hat also weiter nichts zu geschehen, als den Drücker täglich von einem Buchstaben zum andern weiterzurücken. Erst nach Umfluss von acht Tagen ist eine neue Controlscheibe aufzulegen. Die Plättchen haben einen Durchmesser von nur 6 cm, die Kreise sind nur 1,5 mm von einander entfernt, so dass von der Mitte des Zifferblattes der Uhr nur ein kleiner Theil bedeckt ist und die beiden Uhrzeiger nahezu vollständig gesehen werden können. Die Uhr dient also nicht nur zur Controle, sie entspricht auch ihrem eigentlichen Zweck der Zeitangabe tadellos.

— **Paris.** Nach einer Mittheilung der „Revue de Psychologie“ wird der vierte internationale Congress für Psychologie vom 20. bis 25. August hier tagen. Den Besuchern wird voraussichtlich auf den französischen Bahnen eine Fahrpreisermässigung von 40% gewährt.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

— Weissenau (Württemberg) Der I. Assistenzarzt Dr. Karl Renz hat seine Stelle niedergelegt und sich in Ravensburg als praktischer Arzt niedergelassen.

Der II. Assistenzarzt Dr. Gustav Heyse ist als Hilfsarzt nach Friedrichsberg-Hamburg verzogen.

Zum I. Assistenzarzt ist ernannt worden Dr. Walther Fünfstück, bisher Arzt an der Irrenanstalt Tannenhof bei Lüttringhausen (Rheinprovinz); zum II. Assistenzarzt Dr. Georg Haindl aus Erlangen.

— Aus Feldhof bei Graz wird uns die traurige Nachricht übersandt, dass der im Beginn einer hoffnungsvollen Laufbahn stehende College Dr. Moriz Pagl, ord. Arzt der Landesirrenanstalt, 28 Jahre alt, am 24. Juli einer acuten Lungentuberculose erlegen ist.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 20. 12. August **1899.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mark.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Mittheilung über einige Versuche mit Dionin bei Psychosen.

Von Dr. *Ransohoff*-Stephansfeld i. E.

Das von E. Merck vor etwa einem Jahre in den Handel gebrachte Dionin — salzsaures Aethylmorphin — hat bereits mehrere günstige Besprechungen betreffs seiner Anwendbarkeit bei Lungenerkrankungen, sowie bei der Morphiumentziehungscur gezeitigt. Die in jüngster Zeit von psychiatrischer Seite veröffentlichten Resultate [Sturmhöfel*) und Freymuth**)] lauten hingegen wenig ermuthigend. Da unsere schon vor jenen Vorträgen begonnenen Versuche zu theilweise anderen Resultaten geführt haben, dürfte deren Veröffentlichung wohl von Interesse sein.

Das Dionin eignet sich wegen seiner Leichtlöslichkeit besonders zur subcutanen Injection, um so mehr, als die Injectionen nur wenig schmerzhaft sind. Es dürfte das gewiss als ein Vorzug anzusehen sein; ist doch die Zahl der subcutan anwendbaren Beruhigungsmittel nur gering und sind die Hauptrepräsentanten — Morphium und Hyoscin — nicht selten von recht eingreifender Wirkung, so dass ein etwaiger Ersatz durch ein milder wirkendes Mittel wohl erwünscht käme

Ich habe Dionin — stets subcutan — in über 1000 Einzeldosen bei 22 Patientinnen angewandt. Sowohl die bisherige Literatur wie theoretische Ueberlegungen bezüglich der Constitution des Mittels liessen uns die Anwendung — mit zwei Ausnahmen — auf solche Kranke beschränken, bei denen eine melancholische Verstimmung — sei es bei der echten Melancholie, sei es bei depressiven Phasen im Verlauf der Dementia praecox, des periodischen Irreseins etc. — zu einem Eingriff aufforderte:

Von guten Erfolgen erwähne ich zunächst zwei Fälle, in denen früher wegen ängstlicher Unruhe Morphium gegeben war, das aber dauernd zu Erbrechen und in Folge dessen zu beträchtlicher Störung des Allgemeinbefindens geführt hatte. Die eine der Patientinnen, eine jugendliche Melancholica (bezüglich des Begriffes cf. oben), erhielt zweimal täglich 0,03 Dionin mit dem anhaltenden Erfolg, dass Nachts Schlaf, bei Tage ebenfalls mehrstündiger Schlaf oder doch eine beträchtliche Beruhigung eintrat, welche die Durchführung der Bettbehandlung wesentlich erleichterte. Die andere, eine 60jährige

*) Sturmhöfel: Kurze Mittheilung über die Anwendung von Dionin bei Psychosen. Vortrag, gehalten in der VI. Sitzung des nordostdeutschen psychiatrischen Vereins am 3. Juni 1899. Referat Psych. Wochenschr. Nr. 16.

**) Freymuth ibid. — Hesse: Die therapeutische Bedeutung des Dionin. Wiener Medicin. Blätter 1899, Nr. 22, woselbst auch die übrige Literatur angegeben ist.

decrepide Frau, erhielt kleinere Dosen, die schliesslich auf 0,01 Abends herabgesetzt werden konnten. Mit dem öfters versuchten Aussetzen trat regelmässig leichte Unruhe auf, die durch 0,01 bis 0,015 prompt beseitigt wurde. Als Dionin eines Abends durch kleine Morphiumgaben ersetzt wurde, trat bei der ersten Kranken Uebelkeit und Schwindel, bei der zweiten (sowie bei einer unten erwähnten) wieder Erbrechen auf.

Eine dritte Melancholica erhielt wegen ansteigender Unruhe mehrmals Morphiuminjectionen von 0,015, die stets Erbrechen im Gefolge hatten; 0,03, später 0,02 Dionin wirkte gut und verursachte keine Beschwerden. Bei einer vierten, bei der das Erbrechen durch eine Verdauungsstörung bedingt war, wurde ebenfalls Morphium mit gutem Erfolg durch Dionin ersetzt.

In einer Anzahl weiterer Fälle (11) suchten wir das seit längerer Zeit gegebene Morphium durch Dionin zu ersetzen. Bei zwei derselben blieb der Erfolg aus; bei der einen wirkte zweimal täglich 0,025 Morphium beruhigend, bei der andern blieben mittlere Morphiumdosen + 1,0 Sulfonal auch meist wirkungslos (es traten hier Sensationen stark in den Vordergrund). Bei zwei weiteren Kranken versagten Morphium wie Dionin bei stärkerer Erregung (speciell während der Menses), waren in den leichter depressiven Zwischenzeiten von etwa gleichem, befriedigendem Erfolg, auch bezüglich der schlafmachenden Wirkung. Schliesslich blieb bei einer älteren, sehr getriebenen Patientin die Wirkung des Dionin (0,03) hinter der von 0,02 Morphium zurück; doch blieb der Zustand leidlich und erforderte keine Unterbrechung der Medication.

Bei den übrigen sechs Kranken war der Erfolg ein guter, dem des Morphiums gleicher; bei allen konnte die Dosis bald auf 0,01 bis 0,015 herabgesetzt, bei drei bisher ganz ausgesetzt werden, ohne dass die Patientinnen, wie früher auf Versuche der Morphiumverminderung, mit stärkerer Depression reagirt hätten. Von den andern erhält die eine nur noch zeitweise, bei stärkerer Verstimmung, 0,01 Dionin, bisher stets mit Erfolg, im Uebrigen Scheininjectionen. Bei einer zweiten musste nach einer, gegen ärztlichen Rath erfolgten Herausnahme aus der Anstalt die Dosis wieder gesteigert werden.

Ausserdem wurden noch folgende Versuche gemacht: zwei chronische Hallucinantinnen mit depressiver Verstimmung, die noch kein Morphium erhalten hatten, wurden nach Dioningaben beträchtlich ruhiger, so dass die Bettbehandlung nicht mehr auf Schwierigkeiten stiess. Eine weitere Verabfolgung geschah bei einer dauernd tief verstimmten und hallucinirenden Patientin, die an periodischen Erregungen leidet; während der letzteren hatte dieselbe stets grössere Dosen Sulfonal, Paraldehyd, Morphium erhalten, auch in den ruhigen Zeiten Schlafmittel nöthig. Die diesmalige, von vornherein mit Dionin behandelte Erregung verläuft bisher sichtlich milder als die früheren. Nach den eigenen Angaben der Patientin verschaffen die Injectionen ihr Ruhe (Patientin erhält dabei Nachts ihre gewohnte Gabe Paraldehyd, Dionin nur Morgens). Ein Aussetzen der Medication wurde mit stärkerer Unruhe beantwortet, die auf Dionininjection wieder nachliess.

Bei zwei Kranken erlebten wir noch einen völligen Misserfolg: eine Hysterica mit zahllosen Sensationen und grossem Verlangen nach Morphium hatte auch von grösseren Dosen Dionin (bis 0,04) keine Erleichterung; ebenso blieb eine Katatonische mit — nicht ängstlicher — explosiver Erregung wesentlich unbeeinflusst.

Schliesslich sind von unseren Versuchen zwei, weil vorzeitig abgebrochen — in einem Falle wegen Temperatursteigerung — nicht verwerthbar.

Ausser der eben erwähnten Temperatursteigerung — die bei der betreffenden Kranken übrigens ebenso nach Morphiuminjectionen eintrat — habe ich keinerlei ungünstige Wirkungen gesehen. Speciell konnten wir niemals Erbrechen oder auch nur Uebelkeit constatiren. Ob ein retardirender Einfluss auf die Verdauung eintritt, liess sich bei unserem Krankenmaterial nicht mit Sicherheit feststellen. Ich halte dafür, dass diese Eigenschaft des Dionin — die ich nach verschiedenen Controlversuchen mit Morphium noch mehr als gesichert betrachte — eine wesentliche Indication zur Anwendung bei decrepiden oder gegen Morphium empfindlichen Personen an Stelle des letzteren geben wird.

Eine weitere Indication würde ich in solchen Fällen erblicken, in denen die Entziehung auch kleinerer Morphiumdosen, wie sie ja oft längere Zeit erforderlich sind, auf Schwierigkeiten stösst. Sind meine Erfahrungen auch noch nicht langdauernd genug, um mit Sicherheit ausschliessen zu können, dass in einem oder anderem Falle ein chronischer Dioninismus an Stelle des Morphinismus treten möchte, so lässt doch die Leichtigkeit, mit der meist die Dosis herab- oder ausgesetzt werden konnte, einen solchen Ausgang als unwahrscheinlich erachten. Ich befinde mich hier ja auch in Uebereinstimmung mit Erfahreneren auf diesem Gebiete.

Entsprechend dürfte sich auch eine Reihe depressiv verstimmter Kranker finden, denen man das Morphium durch Dionin völlig ersparen kann. Eventuell könnte man hier eine Combination mit einem Schlafmittel (etwa Paraldehyd) oder mit kleinen Gaben Bromsalz (wie auch von uns in zwei jener Fälle, in denen eine volle Wirkung ausblieb, versucht wurde) an Stelle des Morphiums setzen.

Für nicht indicirt halte ich dagegen das Dionin in Aufregungszuständen nicht ängstlicher Natur, in Uebereinstimmung mit den von Sturmhöfel gemachten Erfahrungen. Auch bei Kranken, bei denen Sensationen das hervorstechendste Moment bilden, glaube ich von der Anwendung abrathen zu sollen. Vielleicht ist es das Hautjucken, das durch Dionin hervorgerufen werden soll, welches hier die Wirkung paralysirt; uns ist allerdings über eine derartige Erscheinung nicht geklagt worden.

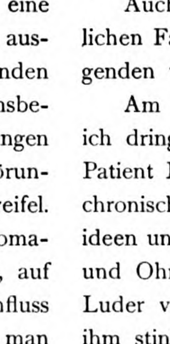
Herrn Director Dr. Vorster erlaube ich mir für die gütige Erlaubniss zur Veröffentlichung dieser Versuche meinen ergebensten Dank auszusprechen.



Ueber somatische Erkrankungen der Geisteskranken.

Von Primararzt Dr. *Jakob Fischer* in Pressburg.

Die somatischen Erkrankungen der Geisteskranken unterscheiden sich nur in Bezug auf die Aeusseiungen der subjectiven Symptome von denen erwachsener geistesgesunder Personen. Und auch dieser Unterschied variirt je nach dem Grade der Psychose resp. der Bewusstseinsstörung in der Psychose. Die somatischen Erkrankungen an und für sich bieten daher bei den Geisteskranken nur bezüglich ihrer zeitlichen Erkenntniss Schwierigkeiten, sonst ist ihr Verlauf analog denjenigen, welche wir bei Geistesgesunden zu beobachten in der Lage sind.



Die Folgen der späten Erkenntniss der somatischen Erkrankung resp. des verspäteten Eingreifens bezüglich eines rationellen therapeutischen Verfahrens werden sich auch im Verlaufe der somatischen Erkrankung zeigen analog den — sit venia verbo — vernachlässigten Krankheiten Geistesgesunder. In anderer Weise, wie die geschilderte, pflegt die vorhandene Psychose eine somatische Erkrankung nicht zu beeinflussen.

Es ist eine andere und schon viel umstrittene Frage, ob die somatischen Erkrankungen auf eine bestehende Psychose irgend welchen Einfluss ausüben können. Denn dass bei geistig gesunden Menschen schwere somatische Erkrankungen, insbesondere solche, die mit hohen Fiebererscheinungen einhergehen (Infectionskrankheiten), psychische Störungen hervorbringen können, steht wohl ausser Zweifel. Es ist demnach schwer begreiflich, dass man somatischen Erkrankungen die Möglichkeit einräumt, auf bestehende Psychosen auch einen günstigen Einfluss auszuüben. Es sind das jene Fälle, in welchen man Psychosen nach einer somatischen Erkrankung genesen sah. Es werden in der psychiatrischen Literatur viele derartige Fälle mitgetheilt, in welchen die Heilung einer schweren Psychose mit einer der Heilung vorausgegangenen somatischen Erkrankung in causale Beziehung gebracht wird.

Nach meiner Meinung geschieht dies mit Unrecht. Bei Beurtheilung dieser Fälle darf das „post hoc ergo propter hoc" nie maassgebend sein.

Die Idee, dass eine psychische Störung in den Hintergrund gestellt wird, ja ganz verschwinden kann, wenn schwerere psychische Bewusstseinstörungen — wie sie bei Fieberdelirien schwer somatisch Erkrankter vorkommen — dieselben verdrängen, ist, wie die Erfahrung lehrt, nicht stichhaltig.

Sehen wir es ja bei unseren Epileptikern, dass die Hallucinationen im antiepileptischen Zustande, nach dem schweren epileptischen Anfall, auch im postepileptischen Zustande fortbestehen. Auch die Erfahrung, welche man erst in jüngster Zeit bei wiederbelebten strangulirten Geisteskranken gemacht und publicirt hat,*) deutet darauf hin, dass nach schwerer Bewusstseinsstörung die psychopathischen Symptome fortbestehen.

Auch in meiner Abtheilung hatte ich einen ähnlichen Fall, dessen interessanten Verlauf ich im Folgenden wiedergebe:

Am 10. März 1893 Vormittags 10 Uhr wurde ich dringend auf die Abtheilung gerufen, da sich ein Patient Namens E. K. erhängt habe. Patient litt an chronischer Vesanie, mit intensiven Verfolgungswahnideen und den verschiedensten Hallucinationen. Nase und Ohren hatte er immer verstopft, da ihm „das Luder vom zweiten Stock allerlei Schimpfworte sage, ihm stinkende Gase sende", auch vor seinem Munde

*) Schäffer: Zeitschr. f. Medicinalbeamte 1897 und 1898.

hielt er immer ein Taschentuch, da man ihm auch in den Mund allerlei Schweinereien hineinstreue, er müsse auch deshalb immer spucken. Patient ist zumeist aufgeregt, reizbar, schimpft auf die Umgebung, die mit seiner angeblichen Verfolgerin zusammenspiele, ist unverträglich. Am benannten Tage war es ihm gelungen, im Abort unbeobachtet mittels eines dünnen, aus seinem Hemde gerissenen Leinwandstreifens sich an einem mühsam erkletterten Fenstergitter aufzuhängen. Er konnte jedoch nur wenige Minuten gehangen haben, als es der Wärter bemerkte, die Binde durchschnitt und nach uns sandte. Wir fanden Patienten ganz leblos, mit lividen Lippen, nicht fühlbarem Puls, ohne Athmung und kaum hörbarem Herzschlag. Die sofort eingeleiteten Wiederbelebungsversuche dauerten fast zwei Stunden, bis sie soweit von Erfolg gekrönt waren, dass Patient zu athmen begann und der Puls fühlbar wurde, doch war derselbe noch klein, aussetzend und auch das Athmen zeigte den Cheine-Stockes-Typus. Während dieser Zeit bekam Patient auch eclamptische Krämpfe, welche sich auf den ganzen Körper erstreckten und 1—2 Minuten anhielten. Wir zählten fünf solche Anfälle. Nun wurde das Athmen allmählich ruhiger, der Puls voller, regelmässig, doch lag Patient noch in einer schweren Bewusstseinsstörung, von welcher er erst nach acht Stunden erwachte, er richtete sich im Bette auf, verlangte nach Wasser, trank es und ohne dass er auf die an ihn gestellten Fragen reagirt hätte, verfiel er bald darauf in einen festen Schlaf. Nach zehnstündigem Schlaf erwachend, war sein erstes Wort: „Du Luder, du Canaille, was willst du von mir, du bist selber ein Schlamper." Der weitere Verlauf der Krankheit blieb sich ganz dem gleich, wie er vor dem Selbstmordversuche war, bis auf die Strangulationsfurche, welche man am Halse des Patienten noch circa 8 Wochen nachher deutlich merken konnte. — Die schwere Bewusstseinsstörung hat auch in diesem Falle die psychopathischen Erscheinungen des Patienten nicht im Mindesten alterirt.

Doch wenn auch die somatischen Erkrankungen bei Geisteskranken — bezüglich ihres Einflusses auf die bestehende psychische Störung — nach meiner Meinung nicht diejenige Bedeutung haben, die Manche ihnen zuschreiben, so giebt es doch Fälle, welche von allgemeinem medicinischen Interesse sind und deren literarische Aufarbeitung erwünscht wäre. Ich will nur auf die in Irrenanstalten vorkommenden chirurgischen Fälle hinweisen, deren doch zumeist conservative Behandlung vielleicht günstigere Erfolge aufweist, wie in manchen Kliniken, wo mit einem „furor chirurgicus" gearbeitet wird.

Der Fall, den ich nun hier ausführlich mittheilen will, bietet auch mehr chirurgisches Interesse, die begleitenden Umstände jedoch machen denselben auch für uns Psychiater lehrreich.

Am 4. April 1895 hatte mir die Zimmerwärterin N. bei der Vormittagsvisite gemeldet, dass die 22jährige Patientin Frau Elisabeth M. seit heute früh auf ihren linken Fuss nicht auftreten könne, weshalb die Wärterin sie im Bette liess. Bevor ich die Patientin untersuchte, erstattete mir auch mein Assistent den Bericht, dass die Patientin schon einige Wochen früher über Fussschmerzen geklagt habe und dass er ihr Natr. salicyl. verschrieben habe. Sie habe seither über Schmerzen nicht geklagt. Als ich hierauf die Patientin besichtigte, war die Diagnose sofort klar. Es war nämlich ein regelrechter Schenkelbruch im mittleren Drittel des Knochens. Ich nahm sofort eine Untersuchung vor zur Constatirung dessen, wie dieser Bruch zu Stande kam. Da ich Patientin noch am Vorabend ausser Bett sah, konnte der Bruch nur im Laufe der Nacht erfolgt, ja es musste sogar schon spät Morgens geschehen sein, da die Anschwellung der Umgebung des Knochenbruches noch nicht so beträchtlich war. Leider war die Patientin viel zu verwirrt, als dass sie uns Aufschluss geben konnte, und auch ihre Zimmercolleginnen konnten nichts Anderes aussagen, als dass Patientin vom Bett hinuntersteigen wollte, doch konnte sie nicht gehen und ihre Nachbarin half ihr ins Bett zurück. — Die Wärterin meinte, dass Patientin aus dem Bett gefallen sein müsse, doch hatte sie dies, da sie im andern Zimmer schlief, nicht bemerkt. Der Umstand, dass die Wärterin von einem solchen schweren Unfall, der eine ihrer Patientinnen betraf, nichts wusste, veranlasste uns, dieselbe zu entlassen. Mein College, Herr Dr. Hugo Schmid, Primarius der chirurgischen Abtheilung, war nun so freundlich, nachdem auch er fractura femoris constatirte, einen Gypsverband anzulegen. Der Verlauf dieses Knochenbruches gestaltete sich jedoch ganz anders als wir es erwarteten. Nach vier Wochen wurde der Gypsverband entfernt und es zeigte sich, dass die Knochenenden bei Weitem nicht zusammengewachsen waren, sondern dass an beiden Bruchenden sich eine Geschwulst gebildet hatte, die sich im Laufe von einigen Wochen zu einer immensen Grösse entwickelte. Es war nun klar, dass es sich hier um eine Neubildung handelte, welche, vom Knochenmarke ausgehend,

den spontanen Bruch des Knochens verschuldete. Wir stellten die Diagnose auf ein Sarkom und die Section bestätigte unsere Diagnose. Patientin starb am 29. October 1895 an kachektischen Erscheinungen. Das beigegebene Bild zeigt den immens angeschwollenen linken Oberschenkel, welcher damals den Umfang von 73 cm hatte, gegen 31 cm der rechten Seite. Es dürfte nur noch die Frage aufgeworfen werden, ob sich das Sarkom nicht etwa an den Bruchenden erst entwickelt hat resp. ob nicht das Trauma die Ursache und nicht die Folge der Entwicklung des Sarkoms war. Doch das Fehlen jedweder äusseren Verletzung, die Thatsache, dass spontane Brüche bei so jungen Individuen in der Regel nicht vorkommen und endlich der Sectionsbefund erwiesen unzweifelhaft, dass hier sich ein Sarkom aus dem Knochenmarke entwickelte und den Bruch des Knochens herbeiführte.



Mittheilungen.

— Das Kgl. Sächs. Landes-Medicinal-Collegium (gez. Dr. Günther) erliess unterm 1. Juli d. J. folgende **Bekanntmachung, das hilfsärztliche Externat betreffend.** Um den nach erlangter Approbation zur Praxis übergehenden Aerzten Gelegenheit zu einer Erweiterung und Befestigung ihrer auf der Universität erlangten klinischen Kenntnisse und Erfahrungen zu geben, ist denselben die hilfsärztliche Beschäftigung — das Externat — in den unten verzeichneten Krankenanstalten eröffnet. Ausnahmsweise können mit besonderer Genehmigung des Ministeriums des Innern zu dem Externat auch solche Aerzte zugelassen werden, die als solche schon die Praxis selbstständig betrieben haben

Das Externat ist der Regel nach nur denjenigen Aerzten zugänglich, welche dem sächsischen Unterthanenverbande angehören: doch kann mit Genehmigung des Ministeriums des Innern auch Nichtsachsen der Zutritt gestattet werden. Dasselbe kann einem und demselben Bewerber nach und nach an verschiedenen Anstalten bewilligt werden, dessen Gesammtdauer soll aber in der Regel ein Jahr nicht übersteigen.

Zur Aufnahme in das Externat ist der Nachweis der erlangten ärztlichen Approbation erforderlich. Die Aufnahmegesuche sind an das Landes-Medicinal-Collegium zu richten. Diesen Gesuchen, in welchen angegeben sein muss, an welcher Anstalt, von welcher Zeit an und auf wie lange Petent zum Externat zugelassen sein will, ist der Approbationsschein oder eine beglaubigte Abschrift desselben und, falls auch um Bewilligung eines Stipendiums nachgesucht wird, ein kurzer Lebenslauf des Gesuchstellers beizufügen.

Die zum Externate zugelassenen Aerzte haben die Kosten ihres Lebensunterhaltes während desselben aus eigenen Mitteln zu bestreiten; doch werden, soweit die dazu verfügbaren etatmässigen Mittel ausreichen, den im Sächsischen Unterthanenverbande stehenden Externen vom Ministerium des Innern auf bezüglichen Vorschlag des Landes-Medicinal-Collegiums angemessene Stipendien gewährt.

Zur Zeit stehen für das Externat folgende Krankenanstalten zur Verfügung:

1. die Frauenklinik zu Dresden,
2. die Universitäts-Frauenklinik (Trier'sches Institut) zu Leipzig,
3. das Stadtkrankenhaus zu Dresden,
4. das Hospital der evangelisch-lutherischen Diakonissenanstalt zu Dresden,
5. das Carolahaus zu Dresden,
6. das Kinderhospital zu Dresden,
7. das Krankenstift zu Zwickau,
8. das Stadtkrankenhaus zu Chemnitz,
9. das Stadtkrankenhaus zu Plauen i. V.,
10. das Stadtkrankenhaus zu Zwickau,
11. die psychiatrische und Nervenklinik an der Universität zu Leipzig,
12. das Stadt-Irren- und Siechenhaus zu Dresden,
13. die Heil- und Pflegeanstalt zu Sonnenstein,
14. die Heil- und Pflegeanstalt zu Untergöltzsch,
15. die Pflegeanstalt zu Colditz.

Indem Solches hiermit bekannt gegeben wird, werden zugleich die eingangs gedachten Aerzte zum Eintritt in das Externat aufgefordert.

— **Zur Armenpflege.** Die nachfolgende Entscheidung des sächsischen Ministeriums des Innern dürfte auch für die Verwaltung der öffentlichen Irrenanstalten nicht ohne Interesse sein. Ein sächsischer Ortsarmenverband hatte bei einer Streitigkeit geltend gemacht, dass Jemand, der im Besitze eines Sparkassenguthabens sei (im gegebenen Falle betrug es 200 Mk.), nicht hilfsbedürftig im armenrechtlichen Sinne sei. Dem gegenüber hat das genannte Ministerium in einer Verordnung erklärt, die Ansicht, ein Eingreifen der Armenbehörde sei erst dann nothwendig, wenn der um Unterstützung Nachsuchende von allen Mitteln völlig entblösst sei, stehe mit den Grundsätzen einer sachgemässen Armenpflege nicht im Einklang. Diese habe vielmehr zu

erstreben, dass der vollständigen Verarmung nach Möglichkeit vorgebeugt werde. — Eine sehr verständige Auffassung!

— **Programm** der am 24. und 25. Septbr. 1899 in Salzburg stattfindenden Wanderversammlung des Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Wien. 23. Sept. Abends von 8 Uhr an: Begrüssung der Theilnehmer an der Versammlung im Hotel Pitter in Salzburg. 24. Sept. Vorm. 9—11½ Uhr: Wissenschaftliche Vorträge. Local: Landtagssaal. Nachm. 2—3½ Uhr: Besuch der Landesirrenanstalt. 3½ bis 5 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung im Festsaale der Landesirrenanstalt. 6 Uhr: Gemeinsames Essen im Hotel Pitter. 25. Sept. Vorm. 9½—12 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung im Landtagssaale. Nachm. eventuell Ausflug.

Vorträge haben in chronologischer Reihenfolge angemeldet die Herren:

1. Dr. A. Pick-Prag, Thema unbestimmt.
2. Dr. Margulies-Prag, Zur Lehre vom Kniephänomen bei hoher Rückenmarkläsion.
3. Dr. Mayer-Innsbruck, Thema unbestimmt.
4. Dr. v. Wagner-Wien, Thema unbestimmt.
5. Dr. Redlich-Wien, Ueber senile Epilepsie.
6. Dr. Kunn-Wien, Ueber eine eigenthümliche Form von Augenmuskellähmung.
7. Dr. Schlesinger-Wien, Thema unbestimmt.
8. Dr. Hirschl-Wien, Thema unbestimmt.
9. Dr. Elzholz-Wien, Zur Histologie alter Nervenstümpfe in amputirten Gliedern
10. Dr. Anton-Graz, Beiträge zur Localisation der Functionsstörungen an der Gehirnoberfläche.
11. Dr. Fritz Hartmann-Graz, Symptome und Anatomie der Rückenmarksverletzungen.
12. Dr. Bischoff-Wien, Symptomatologie der doppelseitigen Schläfelappenläsionen.
13. Dr. Kure-Jeddo, Psychiatrisches aus Japan.
14. Dr. Raimann-Wien, Thema unbestimmt.

Anmeldung weiterer Vorträge an Prof. Krafft-Ebing, IX, Maximilianplatz 4, Wien. Zeitdauer eines Vortrages 20 Minuten. Empfohlen als Absteigequartier in Salzburg: Hotel Pitter (Zimmer à 1 fl. 50 kr. reservirt). Dr. Schweighofer, Director der Landesirrenanstalt in Salzburg (Telegramm-Adresse Dr. Schweighofer Salzburg), übernimmt Anmeldungen und ertheilt Auskünfte.

— **Gabersee.** In der Nacht vom 23./24. v. M. brach im Oekonomiegebäude der hiesigen Anstalt Feuer aus, wahrscheinlich in Folge Selbstentzündung des dort in grossen Massen aufgestapelten Heues. Das Oekonomiegebäude brannte gänzlich aus, dagegen blieb das anstossende Anstaltshauptgebäude, das aus der Anstaltsvorzeit stammende Gabersee, das durch eine Feuermauer geschützt war, unversehrt. Für die Kranken bestand keine Gefahr, und sie zeigten sich auch durch den Brand nicht besonders berührt. Einige frei stationirte Patienten betheiligten sich in besonnener Weise an den Lösch- und Bergungsarbeiten. Das Pavillonsystem bewährte sich also auch anlässlich eines so aufregenden, aussergewöhnlichen Ereignisses. Es ist beabsichtigt, das bisherige Hauptgebäude für Oekonomiezwecke einzurichten und ein Hauptgebäude neu aufzuführen.

— **Fürstenwalde.** Am 10. d. M. fand hier die Grundsteinlegung der Berliner Trinkerheilanstalt des Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke statt.

— **Aus Montenegro.** Der Czar von Russland hat angeordnet, dass in seinem Reiche öffentliche Geldsammlungen zu veranstalten seien, deren Ertrag der montenegrinischen Regierung zur Errichtung einer Irrenanstalt in Niksitsch zur Verfügung gestellt werden soll.

Psychiatrische Briefe aus Russland.

I.

St. Petersburg, den 2. Juli 1899.

Während wir in Russland mit unserer Irrenversorgung in qualitativer Hinsicht den westeuropäischen Vorbildern allmählich näher kommen und schon einige Kliniken und Provinzialanstalten besitzen, welche von Ausländern als mustergültig bezeichnet werden, stehen wir in quantitativer Hinsicht noch weit im Felde. Auf 100000 Einwohner zählen wir kaum 17 Geisteskranke in Irrenanstalten, wogegen in Deutschland 154 verpflegte Kranke, in der Schweiz sogar 201 auf dieselbe Einwohnerzahl kommen. Um so willkommener ist uns die von den letzten Zeitungsnummern gebrachte Nachricht, dass der Reichsrath dem Ministerium für innere Angelegenheiten (zu dessen Ressort das Medicinalwesen gehört) 9 Millionen Rubel (etwa 30 Mill. Mark) zur Errichtung von grossen Central-Irrenanstalten bewilligt hat. Eine derartige Anstalt ist vor einigen Jahren in Winiza für die Gouvernements Podolien, Wolhynien und Kieff eröffnet worden, eine zweite ist in Wileika (unweit Wilna) im Bau. Die neuen Anstalten sollen bei Moskau, Ekaterinoslaw, Riga, Astrachan und Tomsk (Sibirien) errichtet werden. Die Zahl der Plätze in den neuen Anstalten wird wohl im Ganzen neun bis zehn Tausend betragen, so dass eine Erweiterung der Irrenfürsorge auf 50 % zu erwarten ist. Derartige ministerielle Irrenanstalten existiren zur Zeit nur in Winniza, Kasan und Tworki (bei Warschau) und dienen theils zur Entlastung kleiner örtlicher Anstalten, theils zur Aufnahme Geisteskranker aus anstaltslosen Gegenden.

Die Organisation der Irrenfürsorge in Russland ist überhaupt keine einheitliche. In der Mehrzahl der russischen Provinzen (Gouvernements) liegt die Kranken- und Irrenverpflegung seit den sechziger Jahren in Händen der örtlichen Selbstverwaltungsorgane (sogenannte „Semstwo", Landesstände).



Wie ich an anderem Orte ausgeführt*), ist seit der Uebergabe der Irrenabtheilungen der allgemeinen Krankenhäuser an die Semstwos ein ganz bedeutender Aufschwung unseres Irrenwesens zu verzeichnen. Einige Provinzialverwaltungen erweiterten sofort ihre Irrenabtheilungen, mehrere andere erbauten neue Anstalten und gründeten landwirthschaftliche Colonien, z. B. Buráschewo bei Twer, Goléntschino bei Rjasan, Kólmowo bei Nowgorod, Pokrówskoje bei Moskau u. a. m. Im grossen Ganzen kann die Irrenversorgung in den Semstwo-Provinzen mehr oder weniger befriedigend genannt werden; in einigen Gegenden (so die Provinzen Charkoff, Woronesh, St. Petersburg) sind Neubauten in Angriff genommen, in anderen steht solches in Bälde bevor. In denjenigen Provinzen dagegen, wo bis jetzt noch keine Selbstverwaltung eingeführt worden, z. B. in Polen, Wilna, Witebsk, Stawropol etc., sind die Irrenabtheilungen der allgemeinen Krankenhäuser meist ganz unzulänglich, ihre Einrichtung eine alterthümliche, ihre Leitung ist oft genug Aerzten ohne praktische psychiatrische Vorbildung anvertraut. Diese in staatlicher Verwaltung stehenden Abtheilungen sind in unseren russischen Verhältnissen nicht reformfähig und im Ableben begriffen: es ist zu hoffen, dass in unferner Zukunft auch in unseren bureaukratisch regierten Provinzen Selbstverwaltung eingeführt und somit in ganz Russland eine zeitgemässe Irrenversorgung organisirt wird. Die grosse Mehrzahl unserer Irrenanstalten ist also in Verwaltung der Semstwo, eine kleinere Zahl (hauptsächlich Irrenabtheilungen allgemeiner Kranken- und Siechenhäuser) wird von den örtlichen administrativen Behörden verwaltet; die grossen Centralanstalten zu Kasan, Tworki und Winniza sind direct dem Ministerium des Innern untergeben; ausserdem besitzen eigene Irrenanstalten: das Kriegsministerium, die officielle Wohlthätigkeitsbehörde der Kaiserin Maria-Stiftungen u. s. w.; Irrenkliniken existiren an den meisten Universitäten, da die Psychiatrie in Russland schon seit etwa 40 Jahren obligatorisches Lehrfach ist, und gehören zum Ressort des Unterrichtsministeriums, mit Ausnahme der musterhaften St. Petersburger Irrenklinik, welche zu den Organen der Militär-Medicinischen Akademie gehört und dem Kriegsministerium untersteht. Es sieht also recht bunt mit unserer Irrenpflege aus.

Obschon die Aufnahme- und Entlassungsbedingungen, sowie die Oberaufsicht der Irrenanstalten je nach dem betreffenden Ressort eine durchaus verschiedene ist, kommen bei uns glücklicherweise nie ernste Unzuträglichkeiten vor; etwaige Missstände werden örtlich nach Kräften gerügt; zu einer Psychiaterhetze lässt sich vorläufig weder die Presse, noch das Publicum verleiten. Einzelne gegen die Irrenärzte laut werdende Beschuldigungen werden leicht widerlegt und kommen bald in Vergessenheit.

*) Vgl. „Zur Wärterfrage in Russland". Die Irrenpflege, Red. Alt, 1897, Nr. 7 u. 8.

Ein interessanter Fall, der in Deutschland wohl recht sensationell bearbeitet worden wäre und vielleicht auch im Reichstag Gelegenheit zu grundlosen, aber stürmischen Auslassungen gegen uns Irrenärzte gegeben hätte, ging vor ein paar Monaten durch unsere Tagespresse und ist nun leider vergessen. Ein bejahrter College, Dr. A. M., litt vor mehreren Jahren an einer hallucinatorischen Paranoia. Krankheitseinsicht war weder während der Erkrankung, noch nachher vorhanden. Zu den Wahnideen gehörte die stricte Ueberzeugung, er sei geistesgesund von seiner Frau in eine Provinzial-Irrenanstalt eingesperrt und dort theils selbst maltraitirt worden, theils Zeuge verschiedener Misshandlungen anderer Kranken gewesen. In Russland könne ja Jeder ohne Schuld und Verhör in ein Tollhaus gesteckt und der Willkür der Irrenärzte preisgegeben werden.... Seine Frau habe ihn für verrückt erklärt, weil er ihr in Manchem nicht nachgeben wollte.... Der Director und der Assistent waren natürlich bestochen worden.... Die Irrenärzte überhaupt seien grausame Bestien, die verschiedene Qualen und Erniedrigungen für die unglücklichen Verpflegten ersinnen, etc. etc. Etwa vor sechs Jahren wurde College M. aus der Anstalt auf Ersuchen seiner Frau entlassen und führt seitdem an ihrer Seite ein scheinbar stilles Rentierleben. Er ist nun für geheilt erklärt und seine Entmündigung aufgehoben. Doch ruhte er nicht, bis es ihm gelingen würde aller Welt zu beweissen, dass er ein Opfer der irrenärztlichen Pflichtvergessenheit und Tyrannei gewesen. Er verfasst einen entsprechenden Artikel „Zur psychiatrischen Frage", gewinnt für sich die Theilnahme unseres berühmten Dichters und unversöhnlichen Aerztefeindes Leo Tolstoi, der zum sensationellen Aufsatz ein kurzes Vorwort schreibt, in welchem er die Aufmerksamkeit der öffentlichen Meinung und der Obrigkeit auf die von Dr. M. geschilderten Missstände und Verbrechen leitet.... Jedoch weisen mehrere Redactionen dennoch den Aufsatz unseres Collegen zurück, da ihnen manches doch recht sonderbar scheint. Im April erscheint endlich der Artikel in einer liberalen Monatsschrift und erregt einiges Aufsehen. Eine recht verbreitete Zeitung bringt eine Besprechung aus der Feder des bekannten und geachteten Schriftstellers Mordowzeff, der bei seiner Ehre betheuert, Dr. M. sei nie geisteskrank gewesen und Alles, was Letzterer in der Monatsschrift ausführe, sei die reinste Wahrheit, denn er sei mit dem M. schon Jahre lang bekannt. Nach vier Tagen widerruft der biedere Mordowzeff seine eben angeführte Aussage, indem er zugiebt, dass sowohl Graf Tolstoi, wie auch er selbst sich geirrt, dass M.'s aufrichtiger Ton sie getäuscht etc. Die Schuppen sind ihm von den Augen gefallen nach einer ausführlichen Erklärung des Falles durch einen hochgestellten geachteten Medicinalbeamten, sowie nach einer Bemerkung des Prof. Manasseïn in der ärztlichen Zeitung „Wratsch". Letzterer kannte

auch den M. persönlich und bezeugte, dass er wirklich geisteskrank gewesen. Somit wäre die Affaire erledigt. Ende gut — Alles gut.

Dass so Manches in unseren Irrenanstalten einer gründlichen Reform harrt, soll ja nicht bestritten werden. Besonders hervorzuheben wäre unsere Wärternoth. Im vorigen Jahre wurde die Wärterfrage im St. Petersburger psychiatrischen Vereine einer eingehenden Beleuchtung unterzogen und ein Preisschreiben für einen Leitfaden zur Unterweisung des Pflegepersonals ausgesetzt. Ausserdem liess der Verein in der Tagespresse einen Aufruf erscheinen, in welchem kurz aber krass hervorgehoben wurde, dass das Pflegepersonal der Irrenanstalten besser bezahlt und gehalten, sodann geschult werden muss, wenn man eine wirklich humane Irrenbehandlung durchsetzen will. Dem Hülfsverein für entlassene Kranke aus der Irrenanstalt St. Panteleimon sind von einem Unbekannten 2000 Rubel gespendet mit der Bestimmung alljährlich die Zinsen dieses Fonds den besten Wärtern als Prämie für liebevolle und gewissenhafte Pflichterfüllung zu vertheilen. Zu demselben Zweck schenkte unlängst Graf Orloff 3000 Rubel der Irrenheilanstalt „Aller Leidtragenden". Die St. Petersburger „Duma" (Magistrat) hat ihrerseits eine bedeutende Lohnerhöhung für das untere Pflegepersonal bewilligt: ein Wärter resp. eine Wärterin erhält gegenwärtig 12 Rubel (etwa 40 Mark) nebst freier Station. Somit wäre für die St. Petersburger städtischen Anstalten die Wärterfrage fürs Erste als regulirt zu betrachten. Recht schlecht dagegen ist die Lage der Irrenpfleger in den Abtheilungen der Militärhospitäler. Hier finden zum Wartedienst Soldaten Verwendung, die also im Hospital ihren Militärdienst erfüllen. Militärische Härte seitens der nächsten Vorgesetzten, unglaubliche Ueberanstrengung, unentgeltlicher Krankendienst verstimmen diese Leute und lassen es — glücklicherweise selten — zu äusserst traurigen Ereignissen kommen: vor einigen Monaten versetzte im Nicolaischen Hospital ein derartiger Wärter einem camsolirten Officier mehrere Schläge, warf sodann die herbeigeeilte Aufseherin zu Boden und versetzte ihr einige Hiebe. Es erwies sich, dass der Wärter fast 48 Stunden ohne Schlaf auf der Abtheilung zugebracht und in stark erregtem Zustande sich befand. 18—24 Stunden Dienst sind hier nichts Aussergewöhnliches. Auf den Männerabtheilungen dieses Hospitals ist der Versuch mit weiblichem Oberpflegepersonal gemacht worden. Das oben angeführte Ereigniss abgesehen, soll der Erfolg recht gut ausgefallen sein: Ordnung und Sauberkeit, Anstand und grössere Zurückhaltung selbst seitens unruhiger und schwachsinniger Insassen gaben bald der Irrenstation das entsprechende Gepräge einer Heilanstalt. Auf die sexuelle Sphäre der geisteskranken Soldaten und Offiziere soll die Anwesenheit einer Frauensperson durchaus keinen schlechten Einfluss ausüben. In der Provinzialanstalt bei Orel sind schon seit einigen Jahren Oberpflegerinnen auf den unruhigen und Ueberwachungstationen der Männerabtheilung angestellt, und ist Director Dr. Paul Jacoby mit dieser Neuerung sehr zufrieden: keine Nachtheile kamen zur Beobachtung, im Gegentheil sollen die Irrenstationen ein freundlicheres Aeussere erhalten haben; ausserdem sei die Haltung selbst recht cynischer Irren eine ausgesprochen anständigere geworden.

Dr. Alexander Mendelssohn.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

Hubertusburg. Der Abtheilungsarzt Dr. Kellner ist am 1. August h. a. zum Oberarzt und Stellvertreter des ärztlichen Vorstandes der Heil- und Pflegeanstalt für Frauen, der Anstaltsarzt Dr. Winkler, zum Abtheilungsarzt ebendaselbst befördert worden. Als Hilfsarzt wird angestellt der approbirte Arzt Walter Heinicke.

— Der bekannte Philosoph und Psychologe Dr. Frhr. Du Prel aus München ist in Heiligkreuz in Tirol verstorben.

Bücherschau.

C. R. Bardeen (The Johns Hopkins University): Scientific work in public institution for the care of the insane.

(The Quaterly Journal of Insanity, Jan. 1899.)

Schildert das wissenschaftliche Leben und die wissenschaftlichen Einrichtungen an den amerikanischen Irrenanstalten und im Anschluss daran kurz die entsprechenden Einrichtungen in Grossbritannien, Deutschland, Frankreich, Italien, Russland. Den deutschen Einrichtungen spendet B. das Lob, dass sie nahezu dem Ideal entsprechen. B. stellt folgende Forderungen:

In den grösseren Staaten sollte ausser den einzelnen Anstaltslaboratorien ein Centrallaboratorium möglichst in der Nähe eines wissenschaftlichen Centrums und im Anschluss an eine Universität geschaffen werden. Dieses Centrallaboratorium muss das Centrum des wissenschaftlichen Lebens an den Staatsanstalten bilden. Es könnte ein besonderes Institut sein, wie das New Yorker pathologische Institut oder die Vergrösserung eines bereits bestehenden Anstaltslaboratoriums. Hier könnten Untersuchungen und Studien, die über die Mittel des Durchschnittslaboratoriums hinausgehen, angestellt werden. Es wäre auch ein Unterrichtsinstitut für diejenigen, welche sich in Neuropathologie und Pathologie ausbilden wollen, woran es den meisten Anstaltsärzten in Amerika fehlt. Hoppe.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 21. 19. August 1899.

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mark.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Geistesstörungen und Irrenanstalten in Griechenland.

Von Prof. Dr. *Cirigotti* in Athen.

In dem nachfolgenden Aufsatze beabsichtige ich weniger eine oder die andere der so vielen brennenden Fragen unseres Specialfaches zu erörtern, als vielmehr einen kurzen Beitrag zur Geschichte der Psychiatrie zu liefern, der neben anderen Punkten auch für die Irrenstatistik von Interesse sein dürfte.

Ehe ich an das Thema selbst herantrete, glaube ich vorausschicken zu müssen, dass die Bevölkerung des Königreichs Griechenland nach der letzten Volkszählung sich auf 2 500 000 Seelen beläuft, sowie auch dass die Bewohner des freien Griechenlands bis zum Jahre 1864 sich nur auf 1 500 000 Seelen bezifferten; seitdem stieg infolge der Annexion der jonischen Inseln und Thessaliens die Bevölkerung auf die zuerst angegebene Zahl. Nach diesen Angaben wird das Nachfolgende verständlicher werden.

Von 1828, d. h. seit Griechenland als unabhängiges Reich anerkannt wurde, bis 1864, d. h. als die jonischen Inseln dem freien Griechenlande einverleibt wurden, gab es bei uns keine Irrenanstalt; ich brauche nicht hinzuzufügen, dass es, in Anbetracht der Lebensverhältnisse einer kaum wiedergeborenen und von der Knechtschaft befreiten Nation, der Regierung jener Epoche unmöglich war, an die Verbesserung des Looses und der Lebensweise der Irren zu denken, in einer Epoche, in welcher bei uns die Wissenschaften und speciell der Unterricht erst das Licht der Welt erblickten. Soviel ich in Erfahrung bringen konnte, wurden zu jener Zeit die Irren, wenn sie vermögend waren, von ihren Angehörigen nach ausländischen Anstalten verschickt, wenn arm, der Discretion der Organe der öffentlichen Sicherheit anheimgegeben; im letzteren Falle fanden sie meist Aufnahme in den Klöstern und Convikten, manche — wahrscheinlich die zum Verbrechen gelangten — wurden vermuthlich in den Gefängnissen isolirt; im Uebrigen liess man sie auf der Strasse frei und zum Spott der unwissenden Menge herumlaufen. Mit anderen Worten, von 1828 bis 1864 war das Leben der Irren in Griechenland ein mittelalterliches.

Anders lagen die Dinge bei den Bewohnern der jonischen Inseln, wo seit 1833 eine Anstalt existirte; aber wie gesagt, gehörten letztere nicht zu Griechenland, sondern standen unter englischem Schutze und wurden in derselben nur die Kranken der betreffenden Inseln aufgenommen. Daher datirt die erste Anstalt



in Griechenland von der Annexion dieser Inseln an das Königreich, und von jener Zeit, von 1864 an, beginnt für das Irrenwesen bei uns eine neue Aera.

Die Anstalt der jonischen Inseln.

Sitz der Anstalt ist Korfu und hierher wurden von 1864 ab die armen Geisteskranken aus sämmtlichen Provinzen Griechenlands ohne Unterschied der Landeszugehörigkeit geschickt. Sie ist seit dem Jahre 1833 im Betrieb und wurde unter der englischen Schutzherrschaft, wie auch jetzt noch, von der Regierung unterhalten. Die einzelnen Gebäude entsprechen jedem anderen Zweck als dem einer Irrenanstalt; sie sind nicht nach einem bestimmten Plane gebaut, sondern die Kasernen eines Truppentheiles wurden einfach innerhalb 24 Stunden in eine Anstalt verwandelt. Daraus ergiebt sich, dass die Gründung derselben nicht die wissenschaftliche Behandlung der Insassen, sondern nur die Vermeidung der Gefährlichkeit und Ruhestörung seitens der Kranken im Auge hatte; immerhin entsprach sie diesem allernothwendigsten Bedürfniss.

Diese beklagenswerthen Zustände verfehlten nicht, die Aufmerksamkeit der griechischen Regierung auf sich zu lenken, welche mich im Jahre 1876 zum leitenden Arzt und Director jener Anstalt machte und mich beauftragte, unverzüglich eine Reorganisation derselben vorzunehmen. Nachdem ich festgestellt hatte, dass die Häuser baufällig waren und es für den Fall ihrer Restauration ziemlich erheblicher Ausgaben bedurft hätte, schlug ich die Errichtung einer neuen Anstalt vor und wählte als Modell die Anstalt Imola bei Bologna. Es wurde nicht allein dieser Vorschlag gebilligt, sondern auch alsbald Hand ans Werk gelegt und im Jahre 1882 mit dem Bau der neuen Anstalt begonnen. Infolge finanzieller Hindernisse musste jedoch die Ausführung unterbrochen werden und man musste sich mit drei Pavillons, jeder Raum für 60 Betten bietend, zufrieden geben, so dass das gegenwärtige Irrenasyl in Korfu nur unvollständig den Anforderungen der Psychiatrie und der Civilisation entspricht. Heutzutage beträgt die Zahl der dort untergebrachten Kranken 200. Zur Aufnahme eines solchen bedarf es der Zustimmung des Ministers des Innern, ohne welche er nicht berücksichtigt wird; ein Gesuch nebst einem ärztlichen Attest sind die nothwendigen Papiere, welche dem Minister von Seiten der Angehörigen oder der Gemeinde vorgelegt werden müssen; die Anstalt dient vorwiegend zur Aufnahme der ärmeren Patienten.

Die Anstalt Dromokaïtion.

Die misslichen Zustände der Anstalt in Korfu und die Zunahme der Fälle von Geistesstörung mussten alsbald die philanthropischen Gefühle Aller wachrufen, und das, was die Regierung wider besseres Wollen im Jahre 1883 aufzugeben gezwungen war, unternahm auf eigene Kosten einer jener grossen Patrioten, die wegen ihres Edelmuthes und ihrer Opferfreudigkeit allen Nationen zum Vorbild dienen können (es ist dies kein Nationalstolz), nämlich der reiche Kaufmann Georgio Dromokaïti aus Chios, nach welchem die Athenische Anstalt den Namen Dromokaïtion trägt. Diese Anstalt öffnete der leidenden Menschheit ihre Thore am 1. October 1887 unter meiner ärztlichen Leitung.

Die Anstalt liegt auf einer freundlichen und gesunden Anhöhe längs der Via sacra und eine halbe Stunde von der Stadt Athen entfernt. Nach Osten zu schaut man auf die Stadt, nach Süden auf Piräus und Phaleron, nach Norden und Westen auf die mit Kiefern bewachsenen Berge. Die Pavillons bieten Raum für 250 (männliche und weibliche) Kranke. Die Verwaltung ist insofern eine aussergewöhnliche, als sie nicht wie diejenige der Anstalt zu Korfu ausschliesslich unter der Regierung steht, sondern wie alle wohlthätigen Stiftungen unter der direkten Aufsicht des Ministers des Innern. Von Communalbehörden ist das Dromokaïtion ebenfalls in keiner Weise abhängig. In finanzieller wie in sanitärer und disciplinarer Hinsicht ist es vollständig autonom; es war der letzte Wille des Gründers, dass es von vier Personen, die gleichzeitig die Testamentsvollstrecker waren, geleitet würde. Es ist also in der Hauptsache eine Privatanstalt. Behörden dürfen die Unterbringung eines armen Geisteskranken in das Dromokaïtion nur anordnen, wenn sie sich verpflichten, monatlich die Verpflegungskosten zu zahlen — im Uebrigen ist die Aufnahme Armer das ausschliessliche Recht des Verwaltungsrathes, d. h. der Testamentsvollstrecker Dromokaïtis.

Die Pfleglinge werden nach der Beköstigung in vier Klassen getheilt: die drei ersten bilden die Selbstzahler oder Pensionaire, die letzte die Armen. Die Kranken der ersten Klasse zahlen monatlich 350 Drachmen, haben besondere Bedienung und Jeder eine besondere Wohnung bestehend aus einem Salon, einem Schlafzimmer und einem Zimmer für den Pfleger. Diejenigen der zweiten Klasse zahlen monatlich 200 Drachmen, haben gemeinschaftlichen Ess- und Wohnsaal und nur besondere Schlafzimmer;



die der dritten zahlen 100 Drachmen und werden zu 12 bis 15 in jedem Saale gemeinsam verpflegt.

Die Kost sämmtlicher Klassen ist eine überwiegende Fleischkost.

Zur Aufnahme, sei es eines zahlenden oder eines armen Kranken in das Dromokaïtion ist dem ärztlichen Director vorzulegen: 1. ein ärztliches Attest, 2. ein Identitätsschein, 3. ein Aufnahmegesuch, entprechend den Vorschriften des französischen Gesetzes von 1836, wonach auch die Entlassung der Geheilten oder der von den Angehörigen zurückverlangten Kranken geregelt ist. Der Krankendienst wird versehen durch einen Chefarzt, der zugleich Director ist, und zwei Hilfsärzte. Ausserdem ist ein Apotheker und ein Geistlicher angestellt. Der Verwaltungsdienst, die Regelung der Verpflegungs- und Beköstigungsspesen für Kranke und Angestellte (letztere haben freie Wohnung und Beköstigung in der Anstalt) wird auf folgende Weise besorgt: Ein Oekonomiesecretair legt die tägliche Bedarfsliste der Durchsicht des Directors vor und am Ende des Monats wird dieselbe dem Verwaltungsrathe zur Prüfung und Controle überreicht, der dann die Zahlung anweist, so dass also der Secretair vom Director die Anordnungen empfängt und dem Verwaltungsrathe Rechnung legt. Unter dem Director steht ferner ein Lieferungsbeamter, welcher nach den Aufträgen des Secretairs die Einkäufe besorgt.

Während der Director durch Königliches Decret auf Vorschlag des Verwaltungsrathes und des Ministers des Innern angestellt wird, geschieht die Ernennung des übrigen Anstaltspersonals durch den Rath auf Vorschlag des Directors.

Die Patienten sind nicht nach der Art ihrer Krankheit in der Anstalt untergebracht, sondern nach ihrem äusseren Verhalten auf die einzelnen Pavillons vertheilt. Die Pensionaire beschäftigen sich täglich mit Lectüre, mit Billardspiel, mit Gartenarbeit etc., während die Unbemittelten zu Hausarbeiten und zur Bestellung der Aecker verwendet werden. Lebensweise und Aufenthalt der Kranken in der Anstalt sind so geregelt, dass sie volle Freiheit geniessen. Von den Pavillons ist je einer der Pensionaire und der Unbemittelten für die Hydrotherapie bestimmt. Die Baderäume der Pensionaire sind von mir selbst auf das Comfortabelste eingerichtet worden. Ehe ich diese summarische Beschreibung des Dromokaïtions beende, möchte ich nochmals betonen, dass von dem No-restraint-System in grösstem Maassstabe Gebrauch gemacht wird. Wenn man von den Fällen von Nahrungsverweigerung absieht, in welchen meist eine gewaltsame Fütterung nothwendig wird, so findet sonst keine Anwendung von Zwang statt. Für impulsive, aufgeregte Kranke und solche, welche ihre Kleidungsstücke zerreissen, stehen zwei Kautschukzellen zur Verfügung, in denen sie sich frei bewegen dürfen. Diese Zellen sind von einem englischen Fabrikanten construirt und ausgeführt, der eigens zu diesem Zwecke von London hierher berufen worden war. —

Der Leser wird aus diesen Mittheilungen über die Höhe der Einwohnerzahl des griechischen Reichs, über die Zahl der Anstalten und diejenige der hospitalisirten Kranken vielleicht den Eindruck gewonnen haben, dass die Geistesstörungen hier zu Lande nicht in Zunahme begriffen sind. Dies ist leider nicht der Fall; vielmehr liegt die absolute Nothwendigkeit der Errichtung von wenigstens vier weiteren Anstalten, ausschliesslich für die wenig- und unbemittelten Klassen, für solche, die nicht mehr als 15 bis 30 Drachmen monatlich oder gar nichts zahlen können, klar zu Tage; die beiden bestehenden Asyle genügen nur den allerdringendsten Anforderungen der Fürsorge für die Unbemittelten, während für die Bemittelten durch das Dromokaïtion genügend gesorgt ist. Es steht zu hoffen, dass die Finanzen des Staates der Regierung gestatten, das auszuführen, was sie schon seit Langem wünscht.

Wenn wir nun versuchen, die Zahl der in Griechenland wirklich vorhandenen Geisteskranken abzuschätzen, so muss ich vorausschicken, dass eine solche Schätzung nicht, wie zu verlangen, auf amtliche Quellen sich zu stützen vermag, sondern fast gänzlich auf meinen privaten Nachforschungen beruht; denn so oft auch die Volkszählung in Griechenland stattgefunden, so ist sie doch niemals dahin gelangt, die Irren speciell zu berücksichtigen. Die in der Anstalt zu Korfu und zu Athen untergebrachten Kranken — das sind ca. 400 — repräsentiren daher nur den kleinsten Theil, vielleicht ein Fünftel sämmtlicher griechischer Geisteskranker.

Die Zahl der aus Athen stammenden, in Korfu und Athen selbst untergebrachten Irren konnte ich mit Sicherheit auf 60 bis 70 feststellen, ferner befinden sich 30 bis 40 in häuslicher Pflege, weitere 30 — unschädliche arme Geisteskranke — vagabondiren auf den Strassen umher, noch andere schliesslich, wenn auch nur wenige, befinden sich in ausländischen Anstalten oder in Klöstern. Alles in Allem würden die Geisteskranken der Stadt Athen sich auf ca. 150



belaufen; nun ist nach der letzten Volkszählung für Athen die Volksziffer auf 150 000 gestiegen, folglich kämen auf 1000 Einwohner ein Kranker; ähnliche Verhältnisse konnte ich für die anderen grösseren Städte bestimmen, und so glaube ich, dass entsprechend der Gesammtbevölkerung Griechenlands von 2 500 000 Seelen sich ca. 3000 Geisteskranke als wirklich vorhanden annehmen lassen.

Bei diesen Berechnungen habe ich nicht nur die im gewöhnlichen, engeren Sinne des Wortes sogenannten Geisteskranken im Auge gehabt, sondern auch die Schwachsinnigen, die moralisch Defecten, die Erfinder des Perpetuum mobile, der Quadratur des Kreises, die Bigotten — zum Theil Leute, die, weil sie Niemand belästigen, zumeist unbeobachtet bleiben — mitgezählt. Man wird einwenden, dass das Resultat dieser meiner Erwägungen zu drei Vierteln hypothetisch ist und dass sich deshalb kein Vergleich mit den anderen Ländern anstellen lässt. Immerhin sind sie mit solcher Gewissenhaftigkeit geführt, dass sie einen fast absoluten Werth beanspruchen.

Welches sind nun die Ursachen dieser Differenzen?

Es sind nun 30 Jahre her, seit ich als Assistent der Florenzer Anstalt unter Professor Bini meine sozusagen psychiatrische Taufe erhielt und seit jener Zeit sind meine Sympathien für diesen Zweig der Medicin niemals erkaltet. Als ich nach Korfu, meiner Heimath, zurückkehrte, die damals etwas über 70 000 Einwohner zählte, hörte ich nur selten die Aerzte von einem Geisteskranken reden. — Vergleicht man nun vom psychiatrischen Standpunkte aus die sanitären Verhältnisse von heute mit denen vor 30 Jahren, so lässt sich nicht leugnen, dass der Irrsinn auch in Griechenland Fortschritte macht und in nicht allzu langer Zeit dieselbe Ausdehnung wie bei anderen Nationen erreichen wird. Die Differenz zwischen der Zahl der Geisteskranken bei uns und bei den übrigen Völkern Europas ist also nur eine temporäre und beruht auf der früheren Lebensart der Griechen; denn vor 40 Jahren waren die Syphilis, die Trunksucht, das Börsenspiel, die geschlechtlichen Laster, die unmässige Genusssucht den Griechen ziemlich fremd. Heute hingegen sind der Alkohol, die Freudenhäuser, der Hang nach Speculationen aller Art auch bei uns zu Lande in unglaublichem Umfange verbreitet, wovon in erster Linie die Fälle von progressiver Paralyse und von alkoholistischer Geistesstörung Zeugniss ablegen, Krankheitsformen, die leider von Jahr zu Jahr in allen Schichten der Gesellschaft an Boden gewinnen. Wenn auch die Prädisposition bei der Entstehung der Psychose eine grosse Rolle spielt, so sind es doch die speciellen Ursachen, welche bei vielen Krankheiten das sine qua non darstellen, z. B. bei der Alkohol- und der Bleivergiftung und bei der Syphilis, wo sich die äussere Ursache oft durch ein specifisches Delirium zu erkennen giebt. Der Werth der Prädisposition, selbst der hereditären, ist daher kein absoluter, sondern ein relativer.

Zu Gunsten unserer Ansicht von dem Einfluss, welchen die jetzigen Lebensbedingungen auf die Zunahme der Geisteskranken in Griechenland ausüben, spricht folgende Thatsache: Während eines Jahrzehnts wurden in der Athenischen Anstalt 144 mit progressiver Paralyse behaftete Kranke verpflegt, von denen nur 9 dem weiblichen Geschlechte angehörten; diese enorme Differenz zwischen beiden Geschlechtern zeigt, wie berechtigt der gute Ruf ist, den die Griechin als Anhängerin der alten Sitten und Gewohnheiten geniesst; eines solchen erfreut sich der Grieche, dank dem Einfluss der genannten socialen Zustände, nicht. Im Laufe von 10 Jahren kamen 30 Kranke, sämmtlich Männer, wegen alkoholistischer Geistesstörung in Behandlung. — Dies ist mit wenigen Worten die Begründung für die Differenz der Procentzahl der Geisteskranken in Griechenland gegenüber den bei den übrigen Völkern festgestellten höheren Ziffern, eine Differenz, die von Jahr zu Jahr schwindet entsprechend dem weiteren Umsichgreifen einer missverstandenen Civilisation, in deren Conto die anderen Nationen schon seit längerer Zeit eingetragen stehen.



Zur Pathologie der Dementia paralytica.

Von Dr. *Dees*, kgl. Oberarzt in Gabersee.

In dem 5. Bericht über die Irrenanstalt Christophsbad in Göppingen sagt Dr. Lutz S. 57: „Dass man in dieser Hinsicht, d. h. in der pathologisch-anatomischen Beurtheilung der Paralyse, auch heute noch nicht viel weiter voran ist, wie vor ca. 50 Jahren, kann aus einem Artikel der Zeitschrift für Psychiatrie Bd. LV von Dr. Oskar Müller ersehen werden, wo es sich um progressive Paralyse von Mutter und Tochter handelt, die ohne Zweifel syphilitischen Ursprungs waren, und wo es weder

nach der psychischen noch nach der somatischen Seite, namentlich nach der sehr charakteristischen Art der Lähmung, um typische Parese sich handelt. Solche Verwechselungen sind nur möglich, wenn man das somatische Element als Grundlage nimmt, während doch gerade das psychische Bild der Mania paretica in Verbindung mit der specifischen Art der Lähmung maassgebend sein müssen."

Dr. Lutz bestreitet, dass es sich in dem von Dr. Müller beschriebenen Fall um typische Paralyse gehandelt habe und spricht von einer Verwechselung. Er geht dabei von dem Standpunkte aus, dass nur die manische Form der Paralyse, die von ihm Mania paretica genannt wird, typische Paralyse sei, indem er die „Mania paretica" als Krankheit sui generis betrachtet. — Ich muss dennoch die Diagnose Dementia paralytica wenigstens bei der Mutter aufrecht erhalten, und da ich seiner Zeit, 1897, Dr. Müller bei Bearbeitung seiner Dissertation „Statistische Betrachtungen über allgemeine Paralyse etc." auf den von Dr. Lutz berührten Fall aufmerksam machte, fühle ich mich verpflichtet, auf dessen Bemerkung zu antworten, zumal ich dadurch Gelegenheit erhalte, nochmal auf den von Dr. Müller beschriebenen Fall zurückzukommen.

Die allgemein gültige Lehre über die Paralyse ist, dass es verschiedene Modificationen derselben giebt. Zwar wird die manische Form als typische dargestellt, indess auch eine Anzahl anderer Verlaufsformen zur echten Paralyse gerechnet.

Meynert sagt in seinen „Klinischen Vorlesungen über Psychiatrie" Folgendes: „Die progressive Paralyse ist mehr noch anatomisch, durch den Charakter ihres atrophirenden Processes, als klinisch eine einheitliche Krankheitsform. Die klinischen Formen sind vielfach, so dass ich im Folgenden vielleicht nicht vollständig bin." Er zählt dann acht Formen auf, als erste Paralysis progressiva sine deliris, als zweite das manische Bild der progressiven Paralyse, das sich wohl mit der Mania paralytica nach Lutz deckt.

Aehnlich sprechen sich auch andere namhafte Kliniker aus. So sagt Mendel E. R. E. Bd. V, S. 202 sehr zutreffend: „Wenn man seine Erfahrungen über die Dementia paralytica nicht lediglich aus den Anstalten schöpft, so erscheint es mir unzweifelhaft, dass die häufigste Form die einfache paralytische Demenz ist."

Dr. Lutz urgirt besonders das Vorhandensein von Lähmungen. Auch dem gegenüber muss ich wieder auf Meynert verweisen, der an gleicher Stelle S. 220 und 226 sagt: „Das Charakteristische an der paralytischen Bewegungsstörung ist nicht Lähmung, die später hinzutreten kann, sondern nur eine Störung der Bewegungen, d. i. corticale Ataxie." — „Reicht das Leben der Kranken in die ausgedehnteste Progression des Processes, so zerfällt auch die Sinneswahrnehmung durch Undeutlichkeit und Zusammenhangslosigkeit ihrer Bilder, und es zerfällt ihre Association mit den corticalen Bewegungsformen; der Gebrauch der Dinge tritt nicht in das Bewusstsein, der Blödsinn culminirt in sensorieller und motorischer Asymbolie." — Diese motorische Asymbolie ist gerade bei R. H. (s. u.) in ausgeprägtester Weise entwickelt. Zwar erscheint sie auf den ersten Blick als Lähmung, ist aber im Grunde nichts Anderes als weitestgehende Ataxie.

Mit diesem glaube ich mich in Uebereinstimmung mit der Mehrzahl meiner Fachgenossen zu befinden und gehe nun zur Sache selbst über.

Den in Frage stehenden Aufsatz Dr. Müllers habe ich leider vor der Drucklegung nicht zu Gesicht bekommen, sonst würde ich um einige inhaltliche Erweiterungen gebeten haben. Wenn ich den Fall nochmal in nuce wiedergebe, so will ich sogleich hervorheben, dass ich wohl einsehe, dass die Beschreibung keinen Anspruch auf volle wissenschaftliche Exactheit machen kann und will. Das liegt zum Theil schon in den Umständen der Beobachtung begründet. Worauf es mir ankommt, ist, die Aufmerksamkeit auf ähnliche, allerdings besser zu beobachtende Fälle zu lenken und so vielleicht einen, wenn auch bescheidenen Beitrag zur Lehre von der Dementia paralytica zu geben.

H. H., geboren 1850, seit 1880 mit einem subalternen Beamten verheirathet. Ausserehelich ein Kind, das bald nach der Geburt starb. In der Ehe eine Tochter und ein Sohn. H. war schon vor der Ehe „wahrscheinlich" luetisch inficirt. 1893 Beginn der Charakterveränderung, 1894 der Demenz und der Coordinationsstörungen, speciell sehr deutlicher Sprachstörung, bei H. Bei allmählich fortschreitender Verblödung, bei Eintritt grober Ataxie und Entstehung von Paresen und Lähmungen erfolgte der exit. let. im November 1896. Sectionsergebniss: Trübung und Verdickung der Pia mässigen Grades, leichte Verwachsung derselben mit der Hirnrinde, besonders am Stirnhirn. Windungen und Rinde, besonders am Stirnhirn, beträchtlich verschmälert, reichlicher Hydrocephalus ext. und int.

Von den Kindern der H. H. kommt hier das ältere, 1880 geborene Mädchen R. H. in Betracht, das von Geburt an kränklich war, sich aber dann körperlich und geistig gut entwickelte. 1891 trat eine

auffällige geistige Veränderung bei ihr auf, zugleich Coordinationsstörungen. 1891 ist das Mädchen deutlich dement, seine Stimmung labil und die Sprache ataktisch. Von 1894 ab macht die Verblödung, allgemeine Ataxie und Lähmung unter Auftreten von epileptiformen Anfällen stetig Fortschritte. Im Mai 1897 völlige Demenz, im December gleichen Jahres exit. let. Die Section wurde von einem praktischen Arzte ausgeführt. Meinem Ersuchen um Zusendung des Gehirns wurde nicht stattgegeben. Ergebniss: Hochgradige Atrophie des Gehirns. Innige Verklebung der ziemlich verdickten Pia mit der Hirnrinde. Atrophie der Windungen besonders am Stirnhirn auffallend. Beträchtlicher Hydrocephalus int., Encephalitis.

Nach diesem Krankheitsverlauf und Sectionsergebniss kann ich auch bei R. H. keine andere Diagnose stellen als Dementia paralytica. Denn Hirnlues ist bei ihr auszuschliessen, da sich antiluetische Maassnahmen als wirkungslos gegen den perniciösen Verlauf erwiesen.

Fälle von Dementia paralytica bei Individuen jugendlichen Alters sind schon viele beschrieben, von derart frühem Beginn wie in unserem Falle noch sehr wenige. Das Interessante an dem Falle ist, dass die Krankheit bei Mutter und Tochter sozusagen parallel verlief. Sie begann zu gleicher Zeit, verlief, abgesehen von unwesentlichen Modificationen, in der gleichen Weise und endete zu fast gleicher Zeit. Lues ist bei beiden „wahrscheinlich", bei der Mutter acquirirt, bei der Tochter ererbt.

Die Bedeutung der Lues für die Entstehung der Dementia paralytica wird durch so und so viele Statistiken erwiesen. Aber derartige Fälle sind ebenfalls sehr lehrreich; sie beweisen, wenn genau beobachtet, mindestens ebensoviel, wie die genaueste Statistik, im Uebrigen aber das Gleiche wie die Statistik, nämlich dass Lues für Entstehung von Dementia paralytica von grosser ätiologischer Bedeutung ist. Andere ätiologische Momente als Lues hereditaria kommen bei R. H. kaum in Betracht. Der parallele Verlauf lässt auf die gleiche Ursache schliessen.

Zwar wird die Lehre von der engen Beziehung zwischen Lues und Dementia paralytica angefochten. In jüngster Zeit speciell von Meschede, der sie in seinem Aufsatze „Paralytische Geistesstörung nach Trauma" (Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LV) kritisirt und u. A. folgende Bemerkungen macht: „Jedenfalls ein merkwürdig conträrer, einigermaassen an die Verdünnungstheorie der Homöopathen erinnernder Causalnexus: je schwächer das Causalmoment, desto grösser die Wirkung und vice versa." — Aus solch paradoxem Verhältniss zwischen Grösse der Ursache und Grösse der Wirkung (zwischen Syphilis und Paralyse) zu deduciren, dass die Paralyse hauptsächlich auf Syphilis beruhe, scheint mir denn doch ein ebenso grosser Trugschluss, wie es beispielsweise ein ebenso grosser Trugschluss sein würde, wenn man aus der statistisch festgelegten Thatsache, dass in Deutschland das Delirium tremens häufiger in den Gebieten mit relativ geringem Biergenuss auftritt, als in denjenigen mit starkem Biergenuss, den Schluss ziehen wollte: dass es vor Allem der Biergenuss sei, welcher zum Delirium tremens führe."

So einfach scheint mir aber die Sache nicht zu liegen, und ich kann mich trotz der Ironie Meschedes nicht zu seiner Auffassung bekehren. Einen Fingerzeig, der in dieser Sache auf den richtigen Weg leitet, geben meines Erachtens diejenigen Intoxicationskrankheiten, welche Analogien zur Dementia paralytica bieten können, z. B. die chronische Quecksilber- und die Bleivergiftung.

Das Verhältniss zwischen Lues und Quecksilberwirkung auf den menschlichen Organismus hat kürzlich H. Schulz*) sehr richtig ausgedrückt, indem er sagt: „Da jedes Organ auf einen schädigenden Einfluss immer nur in der durch seine anatomische und histologische Structur und seine physiologische Stellung ein für allemal feststehenden Weise sich verändern kann, so müssen auch die Organreize, bei einer gewissen Intensität angelangt, entsprechende Organveränderungen auftreten lassen. Einen geradezu typischen Beleg dafür haben wir in einer Thatsache, die schon oft in der Literatur das Für und Wider den Autoren in die Feder dictirt hat. Das luetische Virus hat in einem bestimmten Stadium seines Wirkens im Organismus dieselben Angriffspunkte wie das Quecksilber. Wird letzteres nun zur Ungebühr angewandt, so müssen die Organe ebenso erkranken wie unter dem Einfluss der Lues allein. Daher erklärt es sich denn auch, wie der Streit der Mercurialisten und ihrer Gegner überhaupt möglich sein konnte. Es treten uns unter der vorgenannten Voraussetzung in der That Krankheitsbilder entgegen, die die Entscheidung schwer machen, ob wir es mit Lues oder Quecksilbervergiftung zu thun haben. Und solcher Beispiele giebt es noch viele." Weiter sagt der gleiche Autor E. R. E. Bd. XVI, S. 320 bezüglich der Quecksilberwirkung: „Oft treten die specifischen Erscheinungen seitens des Nervensystems

*) Die Grundgesetze der arzneilichen Organtherapie etc. Deutsche Med. Wochenschr. 1899, S. 217.



ohne weitere Prodromerkrankungen ein. Gerade das Nervensystem ist es, das bei der chronischen Quecksilbervergiftung in besonders auffallender Weise afficirt wird; dasselbe kann erkranken, ohne dass die andern Bestandtheile des Körpers schwerer ergriffen sind."

Aehnlich verhält es sich bekanntlich auch mit der Bleivergiftung, die ja bereits zur Aufstellung einer „Bleiparalyse" Anlass gegeben hat. Bei dieser kann ebenfalls das Verhältniss zwischen Ursache und Wirkung ein sehr verschieden grosses sein. Auch hier kann ohne Prodrome, und ohne dass specifische Störungen an andern Organen sich bemerkbar machen, das Nervensystem zuerst und allein, früher oder später, und zwar unter Umständen sehr perniciös ergriffen werden.

Wie die Wirkung der Lues bei Erzeugung von Dementia paralytica ist, bleibt schliesslich dahingestellt. Einstweilen genügt der Nachweis der Thatsachen.



Mittheilungen.

Erste Versammlung des Vereins norddeutscher Irrenärzte am 3. August 1899 in der Provinzial-Irrenanstalt bei Schleswig.

Die Irrenärzte Mecklenburgs, der Provinz Schleswig-Holstein und der Städte Hamburg, Lübeck und Bremen haben sich entschlossen, einen Verein norddeutscher Irrenärzte zu gründen. Dieselben sind für den 3. August d. J. nach Schleswig zur ersten Versammlung eingeladen worden.

Erschienen sind die Herren: Adler-Schleswig, Bertheau-Schleswig, Bruncke-Schleswig, Dabelstein-Schleswig, Du Mesnil-Altona, Engelken-Bremen, v. Grabe-Langenhorn, Hansen-Schleswig, Hinrichs-Schleswig, Jaspersen-Preetz, Kirchhoff-Neustadt, Ofterdinger-Rellingen, Repkewitz-Schleswig, Reye-Hamburg, Rieper-Schleswig, Schewen-Gehlsheim, Schlüter-Gehlsheim, Schnitzer-Hamburg, Schwabe-Sachsenberg, Stender-Schleswig, Suadicani-Schleswig, Wallichs-Altona, Wattenberg-Lübeck. — Als Gäste: Hell-Schleswig, Anstaltspastor Schnittger. — Entschuldigt hatten sich: Schuchardt-Gehlsheim und Serger-Alt-Strelitz.

Director Hansen eröffnet die Sitzung mit einer Begrüssung der Anwesenden und spricht die Hoffnung aus, der Verein werde durch Pflege des collegialen Verkehrs und bei gegenseitigem Gedankenaustausch für die norddeutschen Collegen von Vortheil sein, wie derselbe auch auf allen Seiten Anklang gefunden habe.

Zum Vorsitzenden wird Hansen, zum Schriftführer Repkewitz-Schleswig gewählt.

Von der Wahl eines Vorstandes wird abgesehen, ebenso wird ein Statut vorerst nicht für nöthig erachtet. Es soll ein kleiner Beitrag erhoben werden.

Die Majorität ist für eine einmalige Jahresversammlung.

Auf Wunsch der Mehrheit wird Hamburg als Ort der nächsten Zusammenkunft ausersehen, und zwar soll dieselbe Ende Juli oder Anfangs August nächsten Jahres stattfinden.

Director Reye ladet die Collegen nach Hamburg ein.

Auf eine Anfrage von Medicinalrath Bertheau-Schleswig erwiedert der Vorsitzende, dass die Medicinal-Beamten als Mitglieder dem Verein höchst willkommen seien.

Dann spricht Director Kirchhoff-Neustadt zur Epileptikerfürsorge. Er regte an, ob die Epileptiker der Provinz Schleswig-Holstein und der benachbarten Landesgebiete nicht zweckmässiger in einer eigenen gemeinschaftlichen Anstalt behandelt werden könnten. Die Unterbringung in den entlegenen Bielefelder Anstalten habe manche wesentliche Nachtheile, speciell wegen der weiten Entfernung. Kirchhoff beantragt, dass der Vorsitzende bei den in Betracht kommenden Anstaltsdirectionen Vorfragen in der Sache stelle, damit die Angelegenheit später im Verein besprochen und dann eventuell ein Antrag bei den Behörden eingebracht werde.

Geheimrath Wallichs spricht sich im Sinne von Kirchhoff aus.

Der Vorsitzende will die nöthigen Vorfragen besorgen und schlägt vor, die Angelegenheit auf die Tagesordnung der nächsten Versammlung zu setzen.

Es folgen nun Vorträge:

1. Director Kirchhoff-Neustadt: Bemerkungen über Fragen aus dem Gebiete der Erblichkeit.

Vortragender weist auf die Unerschöpflichkeit des Themas hin und das Interesse der Vererbungsfragen für die Psychiatrie, warnt aber vor einer Ueberschätzung der Vererbung.

Anknüpfend an eine Schrift von Ottokar Lorenz-Berlin 1898 „Lehrbuch der Genealogie" demonstrirt er den Unterschied zwischen Ahnentafel und Stammbaumtafel, von denen die erstere auch die Seitenverwandten berücksichtigen lässt, während die letztere nur eine direkte Reihe von Nachkommen feststellen will. Mit Hilfe der Ahnentafel ersieht man, wie auf die Belastung von den Seitenlinien keine zu grosse Bedeutung zu legen ist.

Dann spricht Referent über die Frage des überwiegenden Einflusses des einen Geschlechts und erklärt es für einen Irrthum in der Ueberlegung von Lorenz, wenn derselbe annimmt, der Einfluss des Vaters sei häufiger als der mütterliche. Im Princip ist anzunehmen, dass der männliche und weibliche Einfluss gleich sind, obwohl Ei und Samenkörperchen



hinsichtlich der Masse anscheinend nicht gleichwerthig sind; wesentlich sind aber nur die Veränderungen der Kerne jener Zellen, welche zum Unterschied von allen anderen Zellen erst durch die Copulation zur Theilung befähigt werden. Doch muss auch eine Vererbungsintensität angenommen werden.

Während des Lebens erworbene Eigenschaften können nur vererbt werden, wenn die Veränderung sich auch auf das Keimplasma erstreckt. Dieselbe wird wahrscheinlich nahe der Zeit der Copulation das Plasma betreffen, um so eher wird sie sich vererben.

Weiterhin spricht Referent über das Wesen und die Bedeutung der Disposition, weist auf das Vortheilhafte der Inzucht für die Entwicklung der Menschen durch Fixirung der guten Eigenschaften hin, sieht aber das Richtige in einem Wechsel von Inzucht und Vermischung. (Der Vortrag wird an anderer Stelle ausführlich mitgetheilt werden.)

2. Dr. Schnitzer-Hamburg: Casuistischer Beitrag zur Lehre von der hysterischen Aphasie.

Bei Hysterischen sind Sprachstörungen häufig, selten ist typische Aphasie.

Vortragender beschreibt einen solchen von ihm beobachteten Fall.

Die Kranke hatte wechselnde Symptome gezeigt, war auch, ehe sie in psychiatrische Behandlung kam und die Hysterie erkannt wurde, leparatomirt wegen Unterleibsbeschwerden, welche ein schweres Abdamialleiden vortäuschten. Der Vortragende erörtert ausführlich die Diagnose und Localisation der Störung.

3. Director Hansen-Schleswig: Einleitende Worte zur Besichtigung der Anstalt.

In Kürze wird die Entwicklung der Irrenfürsorge in der Provinz Schleswig-Holstein und besonders die Geschichte der Schleswiger Irrenanstalt geschildert.

Nach einer Frühstückspause, während welcher die aus dem Wartpersonal neugebildete Anstaltscapelle musicirte, werden verschiedene Theile der Anstalt besichtigt, worauf sich schliesslich die meisten Mitglieder zu einem gemeinsamen Mittagsessen in Hôtel Stadt Hamburg vereinigten.

— **Aus Ostpreussen.** Hinsichtlich der Ueberführung von Geisteskranken in die Pfleglingsabtheilung Tapiau sind nunmehr folgende Beschlüsse gefasst worden:

Nach dem Vertheilungsplane, welcher von dem letzten Provinziallandtage am 22. Februar d. J. für die Pfleglingsabtheilung festgesetzt worden ist, sollen von den 497 Plätzen, über die nach Fertigstellung des Lazarethgebäudes für Männer die Pfleglingsabtheilung verfügen wird (330 für Männer, 167 für Frauen), 415 mit Land- und Ortsarmen (eigentlichen Pfleglingen) besetzt werden, während die übrigen 82 Plätze für Kranke reservirt bleiben sollen, die unter das Gesetz vom 11. Juli 1891 fallen. Auch sollen die den Kreisen zustehenden, von einzelnen derselben aber nicht oder nicht völlig besetzten Plätze nunmehr zur Unterbringung von Geisteskranken benutzt werden. Da die Frauenabtheilung in Tapiau zur Zeit völlig besetzt ist und es auch in der Folgezeit bleiben wird, so kommt für die Ueberführung von Geisteskranken nach Tapiau nur die Männerabtheilung in Betracht, welche zur Zeit 268 Insassen zählt, wozu noch 11 aus Carlshof zu überführende Epileptiker kommen. Von den 330 Plätzen, über welche die Männerabtheilung zu Tapiau Ende September d. J. verfügen wird, bleiben also noch 51 frei, welche mit 26 Kranken aus Allenberg und 25 aus Kortau besetzt werden sollen. Dieselben sollen in einer von den übrigen Pfleglingen gesonderten Abtheilung untergebracht werden und vier besondere Wärter erhalten. Die für die Pfleglinge bestehenden Disciplinarmaassregeln dürfen gegen die Geisteskranken nicht in Anwendung gebracht werden. Die Ueberführung soll Ende September erfolgen. Um nun der in den beiden Irrenanstalten Allenberg und Kortau sich besonders auf der Frauenabtheilung geltend machenden Ueberfüllung zu begegnen, sollen von den vier neuen Kortauer Pavillons nur einer mit Männern und drei mit Frauen besetzt und 50 weibliche Kranke aus Allenberg nach Kortau übergeführt werden. Es werden dann, wenn die augenblicklichen Belegungsverhältnisse bis dahin bleiben, in Allenberg 32 Plätze für Männer und 37 für Frauen, in Kortau, welches bereits eine Expectantenliste zu führen gezwungen ist und zur Zeit 25 männliche Kranke auf derselben stehen hat, 8 Plätze für Männer und 66 für Frauen frei sein. Durch Einrichtung zweier neuer Familienpflegestellen in Kortau mit je 12 Kranken, die bereits in die Wege geleitet ist, wird sich die Zahl der freien Plätze für Männer auch in Kortau auf 32 heben.

Uebrigens ist auch die Idiotenanstalt Rastenburg zur Zeit so überfüllt, dass dieselbe bereits eine Expectantenliste zu führen gezwungen ist. Hoppe.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

— Dem Director der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Andernach, Sanitätsrath Dr. Nötel, welcher am 1. Juli d. J. in den Ruhestand getreten ist, ist der Charakter als Geheimer Sanitätsrath Allerhöchst verliehen worden. Nötel hat sich bekanntlich um die Einführung der modernen Behandlungsweisen unter Beseitigung der Zwangsmittel besonders hervorgethan.

— Aus Stephansfeld i. Els. Ausgeschieden Assistenzarzt Dr. Klink, um als Assistenzarzt am Heiliggeisthospital nach Frankfurt a. M. zu übersiedeln. Ihn ersetzte der approb. Arzt Lucian Bär aus Sulz u. Wald. Dies ist, seitdem Stephansfeld in deutscher Verwaltung (19. Juli 1871), der erste Fall, dass ein eingeborener Elsässer als Arzt in die Anstalt eintritt; die bisherigen Aerzte waren und sind sämmtlich Altdeutsche.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 22. 26. August 1899.

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mark.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Einiges über die Oberpflege.

Von Dr. *Jos. Starlinger*, Primararzt der nied.-österr. Landes-Irrenanstalt Wien.

Allem Anscheine nach wird das Ende des XIX. Jahrhunderts zur Wiege einer neuen Weltordnung. Ueberall erhebt sich der Ruf nach zeitgemässen Reformen und vor unseren Augen bereits beginnt sich vielfach schon eine Aenderung und Neuordnung der gewohnten, herkömmlichen Verhältnisse zu vollziehen.

Ganz besonders erfreulich ist es, dass auch das Irrenwesen hieran wesentlich Theil nimmt. Und ich bin überzeugt, dass das Ende des XIX. Säculums, als epochaler Markstein, besondere geschichtliche Bedeutung im Irrenwesen noch erhalten wird.

Im vielgliedrigen Pavillonbau ist ein neuer Anstaltstypus entstanden, in der Bettbehandlung hat das No-restraint die höchste Blüthe entfaltet und endlich wurde mit dem Bestreben, statt der einfachen Wartung in der Pflege und Beschäftigung die Erhaltung der schwachen Geisteskräfte und Geistesreste zu fördern, das herrlichste Ziel angegangen.

Zur Verwirklichung der letzten Aufgabe ist bereits Manches geschehen. Besonders gehören hierher in erster Linie alle die Reformvorschläge und Veränderungen zur Verbesserung des Pflegerstandes. Mit der Hebung der socialen Lage und der besseren fachlichen Ausbildung derselben ist aber noch nicht Alles gethan. Das bessere Können und Wissen allein genügt noch nicht. Dasselbe muss auch immer lebendig sein und lebendig erhalten werden durch eine ständige Aneiferung und Controle.

Man will mit Recht alles Militärische aus den Irrenanstalten (besonders den deutschen) verbannt wissen, um an Stelle des rauhen, strengen militärischen Tones und der militärischen Kleidung liebevolle, opferwillige Behandlung und familiale, civile Verhältnisse zu pflegen und zu erhalten. Das ist gewiss nur zu billigen. Aber anderseits möchte ich gerade für Irrenanstalten militärische Pünktlichkeit und Pflichtbewusstsein nicht missen oder durch den gemüthlichen familialen Ton auch unter dem Pflegepersonale leiden sehen.

Man hört die Musterordnung und Disciplin im deutschen Heere, besonders dem französischen gegenüber, häufig als das Resultat der Tüchtigkeit der deutschen Unterofficiere hinstellen. Aehnliches gilt von unserem Pflegepersonale. Unser Unterofficiercorps ist der Trakt und (Stations-) Oberpflegepersonal und dessen Tüchtigkeit wird, wie beim Militär, für das übrige Pflegepersonal von Einfluss sein, um es berufstreu und verlässlich zu erhalten. Und wie beim Militär der Feldwebel nicht bloss die höchste,



sondern auch weitaus die wichtigste Charge im Unterofficiercorps, die Mutter der Compagnie ist, so soll auch die Oberpflege in ähnlicher Weise die Mutter der Abtheilung sein, die allseits liebend belehrt und unausgesetzt controlirt. Nur die lebhafte und lebendige Controle ist im Stande, die Genauigkeit und Sicherheit im Dienste zu garantiren, so lange ein solcher Wechsel unter den Pflegepersonen herrscht, wie ihn bisher die meisten Irrenanstalten zu verzeichnen haben. Den strengen Anforderungen der Wachabtheilung und des Nachtdienstes ist nicht jede Pflegeperson und die einzelne oft nicht immer gewachsen. Bei dem häufigen Wechsel besonders in den grossstädtischen Irrenanstalten ist es unvermeidlich, auch frisch eintretende Pflegepersonen schon in den ersten Tagen zu den verantwortlichsten Dienstleistungen (Nachtwache!) heranzuziehen, und es ist sehr fraglich, wie weit die Grenze der Verantwortlichkeit der Irrenanstalten gegenüber Kranken und Publikum unter Umständen hinausgezogen werden kann und überhaupt gehen darf.

Um nun unter diesen mangelhaften Verhältnissen dennoch die grösstmöglichste Gewähr für ausreichenden Schutz und Ueberwachung in den Anstalten bieten zu können, ist eben die fortlaufende Controle unerlässlich.

Eine solche Controle kann nur von dem Oberpflegepersonale geleistet werden. Die ärztliche Controle ausserhalb der Visiten ist ungenügend, da sie vermöge der vielen ärztlichen Agenden nur eine beschränkte sein kann.

Diese Function des Oberpflegepersonales stellt meines Erachtens die Hauptleistung desselben dar, aus der die übrigen Verpflichtungen insgesammt herausfliessen, was indess noch keineswegs überall gehörig gewürdigt zu werden scheint, da sich nicht so selten mit der Besorgung der laufenden administrativen Abtheilungs-Agenden, d. i. förmlicher Diurnistenarbeit, das Um und Auf des Wirkungskreises des Oberpflegepersonales zu erschöpfen pflegt.

Hätte man ein altes, sesshaftes und durchgebildetes Pflegermaterial zur Verfügung, dann würde diese Thätigkeit der Oberpflege vielleicht hinreichen, aber so wie heute die Verhältnisse liegen, ist das unzulässig und es frägt sich nicht mit Unrecht, ob wir jemals ein solches Pflegermaterial überhaupt zu erhoffen haben werden.

Um so mehr müssen wir uns also auf die oben erwähnte Controle noch für lange Zeit vielleicht nothgedrungen stützen, zumal wenn wir reformatorisch thätig sein wollen und den alten „Wärtel", der ausser Beaufsichtigung und Schutz der Kranken nichts weiter im Auge hatte, im Wärter austreiben und einen wirklichen Pfleger aus ihm machen wollen.

Die Oberpflege in diesem Sinne betrachtet, ist demnach in einer Irrenanstalt einer der wichtigsten Posten und ein erfahrener und angesehener Irrenarzt Deutschlands hatte nicht Unrecht, als er zu mir einmal meinte, „er möchte lieber einen Arzt weniger haben, als keinen Oberpfleger."

Diese hervorragende und einflussreiche Stellung einer richtigen Oberpflege auf das gesammte Pflegepersonal erheischt allerdings auch ganz hervorragende persönliche Eigenschaften des jeweiligen Inhabers.

Intelligenz, Takt und natürliche Begabung voll Opferwilligkeit und Liebe zum Anstaltswesen müssen ihn auszeichnen. Die Wahl hierzu ist nicht leicht, aber man kann kaum etwas von diesen Eigenschaften nachsehen, will man die Wichtigkeit gehörig zum Ausdruck bringen.

Eine Reihe von Fragen würden sich aus dieser Charakterschilderung von selbst ergeben, ich möchte nur einige derselben berühren. Vor Allem soll der Oberpfleger nur aus dem schon angestellten Pflegepersonale genommen werden, oder kann die Besetzung auch direkt und von anderwärts her erfolgen? Wenn eine halbwegs passende Persönlichkeit in dem vorhandenen Pflegerstande enthalten ist, glaube ich, soll man nur diese nehmen, da Einschiebungen immer unangenehm wirken auf das übrige Pflegepersonal und eine gewisse Kenntniss von Haus- und Personenverhältnissen dem neu eintretenden Oberpfleger sicherlich von bestem Nutzen ist.

Keineswegs soll aber hierbei einfach nach der Anciennität vorgegangen und die nächst älteste Pflegeperson zum Oberpfleger genommen werden, unberücksichtigt seiner sonstigen Eigenschaften und Fähigkeiten, wie es nicht selten geschieht. Ist keine passende Persönlichkeit vorhanden, dann soll getrost eine solche von auswärts besorgt werden. Ich halte letzteres in diesem Falle noch immer für zweckentsprechender und selbst einen Neuling abzurichten für aussichtsvoller, der die früher angeführten Charaktereigenschaften besitzt, als einen alten, sonst wenig geeigneten Pfleger für diesen Posten zu adoptiren. Kenntnisse, praktische Erfahrung lassen sich erlernen, nicht aber Intelligenz, Takt etc.; die müssen von Haus aus vorhanden sein.

Die anstrengenden Pflichten der Oberpflege schliessen selbstverständlich auch ein höheres Alter



der betreffenden Inhaber aus und verlangen womöglich richtiges, mittleres Alter. Das vorgeschrittene Lebensalter mit seiner natürlichen Neigung zur Commodität, der geringeren Anpassungsfähigkeit für Neuerungen und der nicht selten hervortretenden grösseren Morosität schliesst sich von selbst aus. Ein Alter von 50 Jahren dürfte ungefähr nach oben die Grenze bilden für Personen, die man erst zur Oberpflege heranziehen will.

Für die stete Bereitschaft im Dienste dürfte auch der Stand der Oberpflegepersonen nicht gleichgiltig sein und sind zweifellos ledige Personen zumal als Oberpflegerinnen weitaus vorzuziehen, für letztere vielleicht der ledige Stand ausschliesslich zu fordern.

Dass zarte und öfters kränkliche Leute für die Oberpflege gleichfalls wenig geeignet sind, versteht sich von selbst. Es ist nichts unangenehmer im Dienste, als alle Augenblicke eine Oberpflegeperson krankheitshalber vermissen zu müssen.

In kleineren Anstalten findet man aus äusseren Gründen wohl meist für Frauen- und Männer-Abtheilung dieselben männlichen Oberpfleger, zumal wenn auch im ärztlichen Dienste die beiden Abtheilungen keine Trennung aufweisen.

Dort dagegen, wo dienstlich getrennte (Frauen- und Männer-) Abtheilungen mit eigenem Oberpflegepersonale bestehen, halte ich es für ein selbstverständliches Gebot, dass auf der Frauen-Abtheilung nur weibliches und auf der Männer-Abtheilung nur männliches Oberpflegepersonal verwendet wird. Dass auf einer Männer-Abtheilung Frauen zur Oberpflege in Verwendung stehen, dürfte wohl sehr selten vorkommen, nicht so selten dagegen ist es, dass auf Frauen-Abtheilungen Männer die Oberpflege versehen. Das halte ich bei administrativ getrennter Abtheilungs-Einrichtung zum Mindesten für charakteristisch. Die häufigen Entblössungen auf Frauen-Abtheilungen, die Nothwendigkeit bei der Controle von Seiten der Oberpfleger, Patientinnen abdecken zu müssen, die Pflicht bei den Visiten, wo Entkleidungen vorgenommen werden, anwesend zu sein, verbietet von selbst die Gegenwart eines Nichtarztes. Dazu kommt auch der Umstand, dass eine Frau gewiss auch für manche Vorkommnisse unter einem weiblichen Pflegepersonale mehr Verständniss besitzt als ein Mann, und endlich giebt es meines Erachtens nicht einen gewichtigen Grund, der einen Oberpfleger für eine Frauen-Abtheilung bedingen würde.

Es wurde schon früher gesagt, dass die ständige Controle und stete Anwesenheit im Hause eine der unabweislichsten Verpflichtungen einer modernen Oberpflege darstellen. Sollen die in der That zur Ausführung kommen, dann ist dies nur möglich, wenn die Oberpflege doppelt besetzt ist. Die Doppelbesetzung fand ich auf meinen Studienreisen auch in der That bereits in allen neueren, modernen Anstalten Deutschlands, wo eben die Oberpflege auch in der angeführten Art gehandhabt wird, und sie fehlt dort, wo auf die laufenden administrativen Agenden der Schwerpunkt in der Oberpflege gelegt wird. Man könnte einwenden, dass die grössere Selbstständigkeit der Oberpflege auch eine grössere Einheitlichkeit in der Vertretung bedinge und deshalb eine Doppelbesetzung nicht befürworte. Dem entgegen kann man vorhalten, dass wohl noch wichtigere Posten eine Doppelbesetzung unbeschadet ihrer Leistungen aufweisen und dass die bereits vielfach bestehende Doppelbesetzung keine praktischen Mängel ergeben hat, dass also jener Einwand bloss ein theoretischer ist ohne alle praktische Bedeutung.

Mit diesen kurzen Erörterungen über die Oberpflege ist selbstverständlich dieses wichtige Kapitel des Anstaltswesens noch lange nicht erschöpft, sowie es auch dem Schreiber fern liegt zu glauben, etwas wesentlich Neues hiermit gebracht zu haben, er wollte nur anregen, um auch für die Oberpflege einige allgemeine Grundsätze als feststehend zu gewinnen, wie dieses in der sehr fruchtbaren Discussion über die Wärterfrage bereits geschehen ist.



Noch einmal die Fahrpreisermässigungen für arme Geisteskranke in Preussen.

In Nr. 14 der „Psychiatrischen Wochenschrift" wurde im Anschluss an die Mittheilung, dass in Preussen den armen Geisteskranken die Fahrt in III. Wagenklasse zum sogen. Militärfahrpreise nicht mehr gestattet wird, weil die preussische Staatseisenbahnverwaltung es nicht für ihre Aufgabe erachte, auf ihre Kosten die öffentliche Armenpflege zu entlasten, die Bemerkung angefügt: principiell mag diese Auffassung nicht anfechtbar sein. Wenn dies heissen soll, jenes Verhalten der preussischen

Eisenbahnverwaltung rechtfertige sich durch deren Grundsatz, so ist dasselbe wohl anfechtbar. Worauf beruht denn die Fahrpreisermässigung für Militärpersonen? Doch nicht auf einem Rechtsgrundsatze, der — a priori — seine Wurzeln in einer Verpflichtung des Eisenbahnfiscus gegenüber dem Militärfiscus hat, sondern auf einer Abmachung zwischen beiden. Gegen eine solche Abmachung lässt sich natürlich nichts einwenden, aber darüber steht der Grundsatz: was dem einen recht ist, ist dem andern billig. Des reichen Grosskaufmanns (vielleicht Millionärs) Sohn, der als Einjährig-Freiwilliger auf Urlaub kommt, fährt zu sogen. Militärfahrpreise, indess man den unbemittelten Geisteskranken in der dunkeln Krankenhauszelle des kleinen Städtchens einen oder zwei Tage länger eingesperrt lässt, weil die Angehörigen das Reisegeld zur Ueberführung des Kranken in die 10 bis 15 Meilen entfernte Anstalt nicht schnell aufbringen können und der Ortsarmenverband (ein Fiscus für sich) so ohne Weiteres doch auf die Erstattung desselben nicht eingehen möchte. Wir betonen: in der Krankenhauszelle; denn wenn der Kranke überhaupt in die Obhut eines Krankenhauses gebracht wird, so kommt er, falls sein Auftreten nicht ganz unanstössig, in die Zelle und es ereignet sich mitunter, dass Kranke, die bei gleichem Verhalten in der Irrenanstalt sich ohne Zweifel frei bewegen dürfen, oder soweit sie bettlägerig, unter anderen Kranken im hellen, luftigen Saale liegen, Tage lang zu ihrem Nachtheile in der Zelle untergebracht werden; dies hat natürlich mit der Eisenbahnverwaltung nichts zu thun, aber es erhellt daraus, welchen Segen aus freiwilliger Initiative zu stiften sie hier Gelegenheit hat.

Oder: der Cadett, der Sohn eines Grossgrundbesitzers, der mehr Einkommen hat als die ganze Dorfgemeinde zusammen, fährt durch eine Reihe von Jahren hindurch mehrmals im Jahre mit der billigen Fahrkarte nach der Cadettenanstalt und zurück, während der Ortsarmenverband es sich angelegen sein lässt, die Kosten des Vollbillets für den unbemittelten Geisteskranken von den Angehörigen aufzutreiben. — Auch liegt kein Grund vor, weshalb die Feldwebel und Unterofficiere zu so wesentlich oder überhaupt zu erniedrigtem Preise auf und von Urlaub fahren dürfen, da sie ja wie alle anderen niederen Staatsbeamten ihrer Vorbildung und Stellung entsprechend besoldet werden.

Die Zugehörigkeit zum Militär begründet an sich nicht, dass diesen Kategorien von Personen dieselben billigen Fahrpreise gewährt werden wie den gemeinen Soldaten; wir wollen gar nicht einmal hinzufügen, dass manche von letzteren aus sehr vermögenden Familien stammen, welche für ihre Söhne diejenige Vergünstigung nicht nöthig haben, die den unbemittelten Geisteskranken aus Gründen rein ressortmässiger Natur nicht gewährt werden darf. Der eigentliche Zweck der Militärfahrpreisermässigung ist ja dann erfüllt, wenn durch sie unbemittelten Soldaten ermöglicht wird, auf Urlaub zu reisen; dabei hat die Militärverwaltung den Vortheil, während der Feste und des Urlaubs überhaupt so und so viele Soldaten nicht zu beköstigen, während der bemittelte Soldat sich durch den Normalfahrpreis nicht wird abschrecken lassen, auf Urlaub zu fahren.

Wenn die preussische Eisenbahnverwaltung in den hier angezogenen Fällen von Fahrpreisermässigung diese nur an laut Nachweis unbemittelte Personen zu ertheilen sich entschliessen könnte, wird sie den Ausfall der Einnahmen mehr als decken, welcher durch Gewährung von Armenfahrkarten bei den im Grossen Ganzen nicht sehr zahlreichen Transporten unbemittelter Geisteskranker erwächst.

Angesichts der ganz bedeutenden Lasten, welche die preussischen Land- und Ortsarmenverbände durch das Gesetz vom 11. Juli 1891 übernommen haben, würde es besonders in den ärmeren Schichten der Bevölkerung mit grosser Freude begrüsst werden, wenn die preussische Eisenbahnverwaltung für unbemittelte Geisteskranke die Fahrpreisermässigung wieder zulassen möchte, die sie ja bereits eine Zeit lang gewährt hatte.



Mittheilungen.

— Der vom Verein der deutschen Irrenärzte preisgekrönte **„Leitfaden für Irrenpfleger"** von Dr. Ludwig Scholz, dirig. Arzt der Heil- und Pflegeanstalt in Waldbroel (Halle a. S. 1900. Verlag von Carl Marhold. 62 S. 1,50 Mk.) ist soeben erschienen.

Wenn der Verein deutscher Irrenärzte einen Leitfaden für die Irrenpflege preisgekrönt hat, so bedarf dieser eigentlich keiner weiteren Empfehlung; man darf wohl zu dem Verein bezw. seinem Vorstand das Vertrauen haben, dass er die geeignetste



der zur Bewerbung eingegangenen Arbeiten nach bestem Wissen und Gewissen ausgewählt hat.

Damit, dass überhaupt der genannte Verein zu einem solchen Preisausschreiben sich entschlossen und einem Lehrbuch für Irrenpfleger seine Autorität verliehen hat, ist ein für die weitere Entwicklung unseres Irrenwesens in mehr als nur dieser Beziehung erfreulicher Schritt gethan worden. Die Erledigung so mancher dringender Fragen der praktischen Psychiatrie findet ja im deutschen Reiche ein Hemmniss an dem hier obwaltenden Mangel einer Centralisirung; um so mehr ist es zu begrüssen, dass der Verein, der allein gegenwärtig in der Lage ist, der Handhabung der unter den verschiedenartigsten localen Einflüssen stehenden Irrenpflege und -Fürsorge eine bestimmte Richtung vorzuzeichnen, ein Beispiel einmüthigen und bestimmten Vorgehens gegeben hat. Es handelt sich ja nicht bloss um die Prämiirung eines Leitfadens, sondern um die Materialisirung des Grundsatzes, dass zur zeitgemässen Behandlung der Geisteskranken ein geschultes Personal erforderlich ist. Vielleicht ist dies auch der erste Schritt zur Einführung einer — obligatorischen — Prüfung des Pflegepersonals, wie sie z. B. in England und Holland unter der Autorität der dortigen psychiatrischen Vereine — vorläufig allerdings nur facultativ — statthat.

Das Handbook for Attendants on the Insane, welches auf Veranlassung der englischen Irrenärzte herausgegeben wurde und als Unterlage bei der Prüfung dient, hat in wenigen Jahren bereits mehrere Auflagen und Erweiterungen erlebt; wir glauben, dass sich auch Dr. Scholz' Leitfaden für Irrenpfleger recht bald viele Freunde erwerben und als Vademecum des Pflegepersonals viel Gutes stiften wird. Er besitzt im Grossen Ganzen die Vorzüge jenes, das sich bereits durch Jahre hindurch bewährt hat, und hält, was bei solchen Leitfäden sehr wichtig, zwischen dem Zuviel und Zuwenig die richtige Mitte, sowohl was den Abschnitt I, die Lehre vom Bau und den Verrichtungen des menschlichen Körpers, als Abschnitt II, die Krankenpflege, und Abschnitt III, die Irrenpflege, anlangt; besonders der letztere ist mit grossem pädagogischem Geschick geschrieben. Wenn Abschnitt II, die Krankenpflege, einen relativ grossen Raum einnimmt, so wird damit Verf. der Thatsache gerecht, dass die moderne Irrenanstalt ein Krankenhaus ist. Bresler.

— **Anstaltsjubiläum.** Die Anstalt Meerenberg in Holland beging am 26. Juni d. J. das Fest ihres 50jährigen Bestehens. Zur Erinnerung an diesen Tag veröffentlichen die ehemaligen und derzeitigen Aerzte der Anstalt eine Festschrift, welche als Sonder-Nummer der „Psychiatrische en neurologische Bladen" erschienen ist. Diese Festnummer enthält auf 178 Seiten ausser einem Vorwort über die Entwicklung der Anstalt und einer Zusammenstellung der Porträts der an derselben beschäftigt gewesenen Aerzte 14 Aufsätze allgemeinen, klinischen und anatomischen Inhalts, darunter: C. J. van Persyn, Die Geschichte des no-restraint in Meerenberg; F. M. Cowan, Der Psychiater vor Gericht; C. J. van Brero, Die Dementia paralytica in Niederländisch-Ostindien; C. Dobbecke, Das Krankenzimmer des Geisteskranken; J. van Deventer und W. Warmolts, Meerenberg als Heil- und Pflegeanstalt; J. van Deventer, Die Zunahme der Geisteskranken in Nordholland, und andere Arbeiten, auf die wir gelegentlich zurückkommen zu können hoffen. Aus dem Vorwort entlehnen wir, dass der Bau der Anstalt im Jahre 1845 begonnen wurde. An der Ausführung nahm als fachmännischer Berather Schröder van der Kolk Theil. Zum Director ernannt wurde Dr. Everts, bis dahin Arzt an der Anstalt zu Deventer, zum II. Arzt Dr. van Leuwen; beide hatten vor ihrem Antritt eine Studienreise an die Anstalten des Auslandes gemacht. Am 26. Juni 1849 wurde der erste Patient aufgenommen. Im Laufe der Jahre erfuhr die Anstalt wiederholt beträchtliche Erweiterungen, zuletzt 1890. Im Jahre 1898 betrug die durchschnittliche Belegziffer 1311 Kranke. Trotz der namentlich in der ersten Zeit des Bestehens häufigen Ueberfüllung der Anstalt ist diese doch die erste auf dem europäischen Continent gewesen, in welcher die Vermeidung des mechanischen Zwanges consequent durchgeführt wurde, wie van Deventer in dem Vorwort mittheilt.

Auch gegenwärtig dürfte sie dank den Bestrebungen des derzeitigen Directors van Deventer auf einem anderen, nicht minder wichtigen Punkte des Irrenwesens den ersten Rang einnehmen, nämlich hinsichtlich des Pflegepersonals. Wir entlehnen hierüber den Meerenberger Anstaltsberichten für die Jahre 1897 u. 98 Folgendes: Mit der Neuorganisation der Krankenpflege und besonders seit der consequenten Durchführung der Bettbehandlung (1892) wurden höhere Anforderungen an das Pflegepersonal gestellt, was wiederum eine neue Regelung des Dienstes zur Folge hatte. Gegenüber der früheren Dienstordnung, wonach das Personal mit den Kranken auch zusammen essen und schlafen musste, wurde dafür gesorgt, dass es nach dem Dienst die nöthige Erholung geniessen kann; es wurde ein Tag- und Nachtdienst eingeführt, als Uebergangsmaassregel besondere Schlafsäle und besondere Wohnräume für das Personal zur Verfügung gestellt, wo es auch die Mahlzeiten einnehmen kann; Kost und Gehalt wurden aufgebessert.

Mit Rücksicht auf den mühevollen Dienst wird möglichst viel Urlaub gewährt und dafür gesorgt, dass das Personal täglich genügend lange Zeit an der frischen Luft zubringen kann. Während die eigentliche Krankenpflege auch bei den männlichen Kranken mehr in den Händen des weiblichen Personals sich befindet, liegt der Schwerpunkt der Thätigkeit des männlichen Personals in der Anleitung der männlichen Kranken bei der Arbeit, wobei darauf gesehen wird, dass die Pfleger irgend ein Handwerk verstehen. Der Betrieb und Ertrag des letzteren wird dadurch gehoben und die Zukunft der



Pfleger günstiger gestaltet, da sie weniger an die Anstalt gebunden sind und daher eher heirathen können.

Seit 1892 werden regelmässige Unterrichtscurse für das Personal gehalten. In welcher hervorragenden Weise diese geregelt sind, zeigt z. B. der Unterrichtsplan des Jahres 1898:

1. Einleitender Cursus, Dr. van Deventer.
2. Bau und Verrichtungen des menschlichen Körpers nebst Grundzügen der Gesundheitslehre, Dr. van Walsem.
3. Krankenpflege bei chirurgischen Krankheiten, Dr. Kam.
4. Krankenpflege bei inneren Krankheiten, Dr. Lemei.
5. Krankenpflege bei Geistes- und Nervenkranken, Dr. van Deventer.
6. Praktischer Cursus, Dr. van Deventer, Dr. Warmolts.
7. Examenscursus, Dr. Benders.
8. Wiederholungscursus, Dr. van Deventer.

Der praktische Cursus findet auf den Abtheilungen statt. Die Oberschwester ertheilt ausserdem noch Unterricht über diese und jene dienstlichen Angelegenheiten.

Ausserdem wird dem Personal beim Dienstantritt ein von Dr. van Deventer zusammengestellter Leitfaden über die Dienstobliegenheiten eingehändigt, worin der Pfleger und die Pflegerin über die nothwendigsten und speciell für die Meerenberger Verhältnisse giltigen Vorschriften unterrichtet und bezüglich Details auf die entsprechenden Abschnitte der bekannten Lehrbücher für das Pflegepersonal verwiesen wird. (Solcher Lehrbücher giebt es mehrere in holländischer Sprache.)

Als die von der Niederländischen Vereinigung für Psychiatrie und Neurologie eingesetzte Prüfungscommission, bestehend aus den Drs. Ruysch, Tellegen und van Deventer, gegen Ende 1897 das Examen über die dazu angemeldeten Lehrschwestern abnahmen, erhielten mehr als 20 das Pflegerinnendiplom.

Die Oberschwester hält ferner Lese- und Conversationsabende mit den Pflegerinnen ab. Auch werden denselben Themata aus dem Gebiete der Krankenpflege zur schriftlichen Ausarbeitung aufgetragen.

Das Schwestern (Pflegerinnen-) haus, welches im vergangenen Jahre errichtet wurde, ist inzwischen seinem Zwecke übergeben worden. Der Raum verbietet es, auf eine genauere Schilderung dieses Baues einzugehen; sie findet sich ebenfalls im Meerenberger Bericht von 1898. Der Bau entspricht den Anforderungen eines durchaus comfortablen modernen Wohnhauses: Conversationssaal, Esssaal für 100 Pflegerinnen, Badezimmer, Toilettenzimmer, Schlafzimmer, Krankenzimmer, Reconvalescentenzimmer, Veranden u. s. w., alles geräumig angelegt, Centraldampfheizung, von Körting in Hannover ausgeführt, und dergleichen mehr. Das Meerenberger Schwesternheim dürfte augenblicklich wohl, soweit Irrenanstalten in Betracht kommen, ohne seines Gleichen dastehen; es ist überflüssig, über dasselbe noch ein Wort des Lobes zufügen zu wollen.

— **Anstaltsbrand.** Ueber einen kürzlich in der Alexianer-Anstalt in Neuss stattgehabten Brand sendet uns Herr Dr. Weiland, dirigirender Arzt der Anstalt, freundlichst folgende Notiz: Der fragliche Brand fand am 23. Juli Abends gegen 7 Uhr statt und wurde zuerst von einem im Garten spazierenden Patienten, der übrigens sonst nie sprechen soll, gemeldet, als eine gewaltige Stichflamme aus der Dachbekleidung des westlichen Flügels, etwa 3 m von der Grenze des Vordergebäudes entfernt, hervorschoss. Der Kampf gegen das Feuer wurde sofort durch die Brüder auf zwei Stellen in Angriff genommen. Zunächst wurde der benachbarte Hydrant in Thätigkeit gesetzt und der Schlauch durch die den westlichen Flügel und das Vorderhaus verbindende Thür geleitet und dann das Wasser direkt auf den Brandherd geworfen. Ausserdem wurde von aussen das Dach eingeschlagen und das Wasser eines Hydranten vom Hauptrohr her in die Flammen geschleudert. Auf diese Weise gelang es, in kurzer Zeit den Brand zu isoliren und die inzwischen eingetroffene freiwillige Feuerwehr von Neuss konnte sich nur noch an den Ablöschungsarbeiten betheiligen, welche um 9 Uhr vollkommen beendet waren. Ueber die Entstehung ist Sicheres nicht bekannt geworden. An einzelnen Stellen des Daches befanden sich statt der Dachziegel Glasscheiben, und von Fachleuten wurden diese als Wahrscheinlichkeitsursache angegeben, insofern nämlich, als sich häufig grössere und kleinere „Blasen“ im Glase befinden, welche analog den Sammellinsen als Brennglas wirken. Der gesammte Dachraum diente als Aufbewahrungsort für allerlei Gerümpel, auch hatte der Anstreicher der Anstalt hier seine Farben und deren Lösungsmittel, wie Terpentinäther, ätherische Oele etc. aufbewahrt. Der entstandene Schaden beläuft sich auf ca. 10 000 Mk. und ist durch Versicherung gedeckt. Die Patienten verhielten sich durchweg ruhig; mehrere betheiligten sich an der Löscharbeit. Verletzungen von Kranken sind erfreulicher Weise nicht vorgekommen.

— Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen: nächste Versammlung am 22. Oct. in Leipzig. Geschäftsführer: Herr Geheimrath Flechsig und Herr Privatdocent Windscheid, beide in Leipzig.

Verein südwestdeutscher Irrenärzte: Herbstversammlung am 18. und 19. November in Frankfurt a. M. Geschäftsführer: Herr Professor Tuczek in Marburg.

Società freniatrica italiana: X. Congress vom 10.—14. October d. J. in Neapel. Vorsitzender: Herr Professor L. Bianchi in Neapel (Irrenanstalt). Anmeldungen der Themata bis spätestens 1. September, Einsendungen der Auszüge aus den Vorträgen bis spätestens 1. October.



— **Die bekannte Beschwerdeangelegenheit** des Abgeordneten Lenzmann betr. die Verweigerung der Entlassung einer zu Selbstmord neigenden Kranken aus der Provinzial-Irrenanstalt zu Lengerich hat nun ihre Erledigung gefunden, worüber Herr Sanitätsrath Director Dr. Schäfer freundlichst Folgendes mittheilt: Frau Sch. ist eine mit starker Selbstmordneigung behaftete Melancholische und befindet sich seit 1891 in der hiesigen Anstalt. Als ihr Sohn im vorigen Jahre durch Erbvertrag die Zahlungspflicht für die Kranke übernommen hatte, kam er seiner Verpflichtung sehr schlecht nach und verlangte schliesslich, seine Mutter zu sich zu nehmen. Weil dies bei der Selbstmordgefahr sehr bedenklich war, verweigerte ich die Entlassung mit dem Hinweis auf die Heimaths-Polizeibehörde, welche zur Entscheidung angerufen werden könne. Der Sohn wandte sich aber an den Herrn Landeshauptmann, und als er auch von diesem an das Amt seiner Heimath verwiesen, dieses aber nicht zu bestimmen war, in die Entlassung der Kranken einzuwilligen, nahm er die Hilfe des Abgeordneten Lenzmann in Anspruch.

Derselbe interpellirte, nachdem er sich erfolglos an mich gewandt und eine versuchte Belehrung von mir in den Wind geschlagen hatte, im Reichstag und drückte bekanntlich darüber vorzugsweise sein Erstaunen aus, dass der Landeshauptmann seine Fürsorge für die Kranke soweit ausgedehnt habe, um selbst gegen den Willen der Familie dieselbe festzuhalten, und er fand es unerträglich, dass ein Amtmann bestimmen dürfe, ob eine Kranke, welche an Selbstmordneigung leide, zu Hause gehalten werden dürfe oder nicht.

Der Staatssecretair sagte Prüfung der Sache zu; diesseits wurden die Acten eingeschickt. Wie ich hörte, hat aber zunächst die Reichsregierung das Verfahren correct gefunden. Dann folgte die Beschwerde des Abgeordneten Lenzmann beim Preuss. Cultusminister, welcher nach Prüfung der Acten die Beschwerde zur Beantwortung an den Herrn Oberpräsidenten von Westfalen abgab. Und dieser ertheilte am 12. Juli d. J. den Bescheid, dass die Beschwerde „als unbegründet abgewiesen" werde.

Das Resultat der Sache für uns war also:

1. Die Berufung auf die Polizeibehörde entspricht den hiesigen Aufnahmebestimmungen in Bezug auf die Entlassung nicht genesener Gemeingefährlichen.
2. Selbstgefährlichkeit wird als Gemeingefährlichkeit betrachtet.
3. Der Versuch Lenzmann's, die Competenz der Polizeibehörden als unzuträglich oder rechtswidrig hinzustellen, dürfte durch diesen Fall keine Unterstützung finden. Mit Hilfe dieser Behörde wird die Unterbringung der Geisteskranken jedenfalls schneller und mithin erspriesslicher geregelt als mit Hilfe eines richterlichen Apparates, worauf bekanntlich Lenzmann hinauswill.

Auch vor dem Landrath des Kreises und dem Amtsgericht ist die Sache schon verhandelt und gegen Lenzmann bezw. den Sohn der Kranken entschieden.

Römischer Brief.

Rom, den 15. Juli 1899.

In den psychiatrischen Briefen, von denen dieser der erste ist, will ich dem von Ihnen ausgesprochenen Wunsche gemäss versuchen, den Lesern der Psychiatrischen Wochenschrift ein fortlaufendes Bild von den Bestrebungen und Erfolgen auf dem Gebiete der praktischen Psychiatrie und der Irrenfürsorge in Italien und den sonstigen wichtigen Vorgängen im Bereich unseres Irrenwesens zu entrollen.

Es sei mir gestattet, mit der römischen Anstalt zu beginnen, an der ich das Amt des Chefarztes der Beobachtungsstation bekleide. Die Anstalt zu Rom beherbergt augenblicklich 1600 Kranke; die Räume sind unzulänglich geworden und es ist ein Wunder, dass nicht häufiger Unglücksfälle (Todtschlag und Selbsttödtung), wie sie in den überfüllten Anstalten zu erwarten sind, sich ereignen. Während alle früheren Verwaltungen sich vergeblich an dem Problem der Entvölkerung der Anstalt versucht haben, scheint die jetzige diesem Uebelstande mit Energie ein Ende machen zu wollen; es sind Unterhandlungen im Gange, welche bezwecken, zwei Hilfsanstalten zu eröffnen, die eine in Cecano (Strecke Rom-Neapel), die andere in Viterbo (Strecke Rom-Florenz), und es steht so zu hoffen, dass nach Jahresfrist die Anstalt zu Rom nur noch 800—900 Kranke verpflegen wird.

Unter dem Vorsitz von Prof. Clodomiro Bonfigli, Director der Anstalt zu Rom und Parlamentsabgeordneten, hat sich hier eine „Nationalliga zum Schutze schwachsinniger Kinder" konstituirt und sich die Aufgabe gestellt, auf der wissenschaftlichen Grundlage einer medicinisch-pädagogischen Methode die specielle Erziehung solcher Kinder im ganzen Reiche einzuführen und zu fördern. Zunächst soll in Rom selbst ein grossartiges medicinisch-pädagogisches Volksinstitut gegründet werden für solche geistig defecte Kinder (moralische und intellectuelle Idioten und Epileptiker), die neben der pädagogischen eine specialärztliche Behandlung und wegen ihrer Selbst- und Gemeinschädlichkeit eine beständige Aufsicht erheischen.

Der Verein beabsichtigt zugleich womöglich mit diesem Institut ein Externat für Fortbildungsklassen zu verknüpfen, in welchen weniger tief stehende intellectuell und moralisch Schwachsinnige von Speciallehrern unter ärztlicher Leitung weitergebildet werden; andererseits will man bei den gewöhnlichen Elementarschulen Nebenklassen einrichten für unbefähigte, abnorme, träge und undisciplinirbare Kinder, damit sie dort einen ihrem Zustande adäquaten Unterricht erhalten.

Die Regierung und speciell der Minister des öffentlichen Unterrichts haben ihre moralische und



materiale Unterstützung dem Unternehmen in Aussicht gestellt und der Magistrat von Rom hat bereits in aller Form die Einrichtung von Nebenklassen an den städtischen Elementarschulen zugesichert.

Gleichzeitig mit der Gründung dieses Vereins ist hier unter den Auspicien von Prof. De Sanctis und Prof. Sergi eine Wohlfahrtsgesellschaft ins Leben getreten, welche nach dem Vorgange von Séguin und Bourneville Irrenanstaltsschulen (scuole-asili) zur Besserung moralisch defecter Erwachsener einrichten will. Als Typus einer solchen Anstaltsschule oder Schulanstalt ist bereits auf der Via Tasso dank den Bemühungen Prof. De Sanctis, dem eifrigsten und competentesten Forscher auf diesem medicinisch-pädagogischen Grenzgebiete, ein Institut in Wirksamkeit getreten, über dessen Erfolge, welche thatsächlich günstige sind und zur Nachahmung auffordern, der Genannte schon den ersten Bericht veröffentlicht hat.

Im verflossenen Mai starb in Mailand, 80 Jahre alt, der Senior der italienischen Psychiater Dr. Serafino Biffi. Er studierte in Paris unter Claude Bernard; von dem Eifer, mit welchem er dort seinen Studien oblag, geben seine Untersuchungen über den Nervus glosso-pharyngeus, die zu den ersten Experimentalforschungen auf dem Gebiete der Neurologie gehören, das beste Zeugniss. Er war Assistent des berühmten Panizza und leitete dann mit ebensoviel Entsagung wie Erfolg ein Genesungshaus, das seinen Namen trägt und für die Leitung der italienischen Anstalten vorbildlich wurde. Zusammen mit Verga gründete er das Archivio per le malattie nervose e mentali, als die erste periodische psychiatrische Zeitschrift in Italien, die durch eine Reihe von Jahren in Mailand erschien.

Mit irdischen Gütern reich gesegnet, hinterliess er zu wohlthätigen Zwecken eine grosse Zahl von Legaten; seine stattliche Bibliothek vermachte er der Società freniatrica italiana, deren erster Vicepräsident er war; zuletzt war er Ehrenpräsident derselben.

Sein Tod war, obgleich er nicht unerwartet eintrat, in weiten Kreisen der Gegenstand aufrichtiger Trauer. G. Mingazzini.

Bücherschau.

Alex. Hodlicka: Art and literature in the mentally abnormal.

(The American Journal of Insanity, Jan. 1899.)

Die künstlerische und schriftstellerische Bethätigung der Geisteskranken ist naturgemäss von ihrem Bildungszustande abhängig. Unter den 2094 Kranken des Matteawan State Hospital (Verbrecheranstalt), welche seit der Eröffnung (1859) aufgeenommen worden sind, hatten nur 2,68 % eine höhere Bildung genossen, die gewöhnliche Schulbildung 75,1 %, während 18,37 % nur lesen konnten oder gar keine Erziehung genossen hatten; im Middletown State Hospital dagegen hatten von 2127 Aufnahmen (1888—1895) 322 = 15 % eine höhere Bildung. Was die einzelnen Formen von Geistesstörung betrifft, so fand H. unter 400 Kranken des Middletown State Hospital bei der Paranoia 5 % der Männer und 13 % der Frauen mit sehr geringer oder fehlender Schulbildung; bei der acuten Melancholie (?) 21,5 % resp. 6 %, bei der chronischen Melancholie (?) 23 % resp. 20 %, bei der chronischen Manie 17 % resp. 24 %, bei der Paralyse 20 % der Männer, bei der acuten Manie (?) 50 % resp. 43 %; ausserordentlich gross ist die Zahl bei den Verblödeten und den Epileptikern. Dementsprechend zeigten sich künstlerische und schriftstellerische Bestrebungen vorzugsweise bei der Paranoia und der chronischen Manie, am seltensten bei der progressiven Paralyse (mit Ausnahme des Anfangsstadiums), der terminalen Demenz und den acuten Formen der Geistesstörung.

H. bespricht nun unter Beifügung mehrerer Beispiele besonders eingehend die künstlerische Bethätigung der Geisteskranken, wozu er Zeichnen (Malen), Musik, Tanzen, Theaterspiel und Kunstgewerbe (productive und decorative Künste) rechnet und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Der allgemeine Stand der künstlerischen Bethätigung ist unter Geisteskranken aller Klassen sehr gering, geringer als in den früheren gesunden Zeiten und unter dem Durchschnitt der normalen Bevölkerung derselben Stände.

2. Bei den leichteren Formen der Geistesschwäche entspricht derselben in einem gewissen Umfange die Erziehung, welche die Patienten genossen haben; sie ist aber immer geringer als bei normalen Individuen unter denselben Umständen.

3. Der abnorme Geisteszustand der Irren und Epileptiker führt im Allgemeinen zu einer Schwächung der früheren Fähigkeiten, in keinem Falle werden durch die Geistesstörung neue künstlerische Fähigkeiten hervorgerufen oder die früheren gesteigert, höchstens, dass die Geistesstörung zu einer vermehrten Production führt oder, da der Patient mehr Zeit hat, einige schlafende Fähigkeiten bis zu einem gewissen Grade entwickelt.

4. Geistesstörung und Epilepsie muss daher im Allgemeinen als ein mehr oder weniger schädlicher oder ungünstiger Factor für die bei der künstlerischen Bethätigung in Betracht kommenden Fähigkeiten gelten.

Was die literarische Bethätigung betrifft, so beschränkt sich H. vorläufig auf einige Bemerkungen. Er macht auf die bekannte Eigenthümlichkeit in den Schreibereien der Geisteskranken aufmerksam und kommt, was die eigentlichen literarischen Leistungen (Gedichte, Schilderungen, Kritiken und Witze) betrifft, auch zu dem Schluss, dass dieselben durch die Geistesstörung leiden und unter dem Durchschnitt sind. Hoppe.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien)

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 23. 2. September **1899.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mark.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Das Verhältniss der angestellten Aerzte zu der Zahl der Kranken in den Irrenanstalten der Preussischen Provinzen.

Die Provinzial-Verwaltung von Pommern hat neuerdings durch Umfrage bei den übrigen Preussischen Provinzen festgestellt, wie viel angestellte Aerzte sich an den einzelnen Provinzial-Irrenanstalten befinden und in der hierunter veröffentlichten vergleichenden Zusammenstellung ermittelt, wie viel Kranke danach auf jeden angestellten Arzt entfallen. Dabei sind die „Volontairärzte" nicht mitgerechnet.

Dass hier, wie bei jeder statistischen Vergleichung, kleine Unebenheiten und Ungleichmässigkeiten unterlaufen, kann nicht Wunder nehmen.

So sind naturgemäss die klinischen Zwecken dienenden Institute nicht auf eine Linie zu stellen mit den vorzugsweise Pflegezwecken dienenden Anstalten; auch müssen die mit einer für die Vergleichung nicht zu verwerthenden geringfügigen Krankenziffer erscheinenden Abtheilungen (Tapiau 65, Stralsund 70 [siehe 1. und 3. der Tabelle]) ausser Betracht bleiben.

Weiterhin scheint der Begriff eines „Volontairarztes" nicht überall derselbe zu sein. Der Begriff der „Anstellung" ist nicht maassgebend, denn die sogenannten Assistenzärzte werden in der Regel ebenso viel — oder wenn man will — ebenso wenig „angestellt" wie die Volontairärzte, sondern meist auf vierteljährliche Kündigung angenommen; auch die Honorirung bildet keinen grundsätzlichen Gegensatz, da die „Volontairärzte" in der Regel neben freier Station eine mässige Vergütung beziehen; ebenso wenig ist das Alter und die Erfahrung schlechthin charakteristisch, denn oft wird ein älterer Arzt, der schon werthvolle Dienste — wenn auch nicht in der Psychiatrie — leistet, als „Volontairarzt" einstweilen eingestellt, während andere Provinzen, die keine Volontairärzte kennen, die neugebackenen jungen Aerzte gleich als „Assistenzärzte" übernehmen. An einigen Stellen wieder existiren thatsächlich Volontairärzte (z. B. in Leubus 2), ohne dass sie als solche aufgeführt sind.

So wäre es denn das allein Richtige, die „Volontairärzte" mitzuzählen. Die Provinzen aber, die sie noch gesondert im Etat führen, werden aller Voraussicht nach im Hinblick auf die gemachten Erfahrungen diese Klasse von Aerzten mit der Zeit in ihren Bezügen so aufbessern, dass sie den „Assistenzärzten" auch nach dieser Hinsicht gleichgestellt wird.

Abgesehen von diesen geringfügigen Ungleich-



Vergleichung der Zahl der angestellten Aerzte mit der Zahl der Kranken in den Irrenanstalten der Preussischen Provinzen.

Anstalt	Die Anstalt ist bezeichnet als:	Kranken-zahl	Zahl der Aerzte einschl. Director aber ausschl. Volontairärzte im Haupt-Amt	Zahl der Aerzte einschl. Director aber ausschl. Volontairärzte im Neben-Amt	Auf jeden angestellten Arzt entfallen Kranke (durchschnittlich)	Volontairärzte sind als beschäftigt angegeben	Bemerkungen.
1. Ostpreussen.							
Prov.-Irrenanstalt zu Allenberg . .	Heil- und Pflegeanstalt	925	6	—	154	1	
„ „ „ Kortau . . .	desgl.	950	6	—	158	1	
Irrenabtheilung zu Tapiau	Pflegeanstalt	65	—	1	65	—	Der Arzt ist zugleich bei der Correctionsanstalt Tapiau beschäftigt.
2. Westpreussen.							
Prov.-Irrenanstalt zu Schwetz . . .	Heil- und Pflegeanstalt	430	3	—	143	—	
„ „ „ Neustadt . .	desgl.	470	3	—	157	1	
„ „ „ Conradstein .	desgl.	700	5	—	140	1	
3. Pommern.							
Prov.-Irrenanstalt zu Lauenburg . .	desgl.	620	5	—	124	1	
„ „ bei Ueckermünde	desgl.	500	4	—	125	1	
„ „ zu Rügenwalde .	Pflegeanstalt	124	—	1	124	—	Beide Anstalten werden mit Ende 1899 aufgelöst und durch
„ „ „ Stralsund . .	desgl.	70	—	1	70	—	eine neue Provinzial-Irrenanstalt zu Treptow a. R. ersetzt.
4. Brandenburg.							
Landirrenanstalt zu Eberswalde . .	Heilanstalt	710	6	—	118	—	
„ „ Sorau	desgl.	630	4	—	158	—	
„ „ Landsberg a. W.	desgl.	700	5	—	140	—	
„ „ Neu-Ruppin . .	hauptsächlich Pflegeanstalt	970	6	—	161	—	
Irrenabtheilung zu Wittstock . . .	Pflegeanstalt	210	1	—	210	—	Der Arzt hat ausserdem 150 Hospitaliten zu versehen.
6. Posen.							
Prov.-Irrenanstalt zu Owinsk . . .	Heilanstalt	700	5	—	140	1	Im Allgemeinen wird auf je 100 Kranke ein Arzt gerechnet
„ „ „ Dziekanka . .	desgl.	650	5	—	130	1	und ist, um dies zu erreichen, bei den Anstalten Owinsk und
„ „ „ Kosten . . .	Pflegeanstalt	370	3	—	123	—	Dziekanka je ein Volontairarzt im Etat in Ansatz gebracht.
7. Schlesien.							
Zusammen bei allen	Heil- und Pflegeanstalten	—	—	—	134	—	
Prov.-Irrenanstalt zu Leubus . . .	Heilanstalt	—	—	—	76	—	



8. Sachsen.							
Prov.-Irrenanstalt zu Alt-Scherbitz	Heil- und Pflegeanstalt	940	6	—	157	—	
„ „ „ Nietleben . .	desgl.	900	6	—	150	—	
Landes-Heil- und Pflegeanstalt zu Uchtspringe	desgl.	930	8	—	116	—	Die Anstalt nimmt Epileptiker, Idioten und Irre auf.
9. Schleswig-Holstein.							
Prov.-Irrenanstalt zu Schleswig . .	vorzugsweise Heilanstalt	—	—	—	114	—	
„ „ „ Neustadt . .	vorzugsweise Pflegeanstalt	—	—	—	126	—	
10. Hannover.							
Irrenanstalt zu Hildesheim	Heilanstalt	755	6	—	126	—	
„ „ Göttingen	desgl.	371	4	—	93	—	
„ „ Osnabrück	desgl.	494	4	—	124	—	
11. Westphalen.							
Irrenanstalt zu Marsberg	desgl.	(427) 480	4	—	(107) 120 (Durchschnitt 119)	—	Die eingeklammerten Zahlen bedeuten den Durchschnitt der thatsächlichen Verhältnisse in den letzten drei Jahren.
„ „ Lengerich	desgl.	(447) 465	4	—	(112) 116	—	
„ „ Münster	desgl.	(428) 460	4	—	(107) 115	—	
„ „ Aplerbeck	desgl.	(426) 500	4	—	(107) 125	—	
Pflegeanstalt zu Eickelborn	Pflegeanstalt	(492) 490	1	—	(492) 490	—	
12. Rheinprovinz.							
Prov.-Irrenanstalt zu Andernach .	Heil- und Pflegeanstalt	450	4	—	113 (Durchschn. 113)	1	
„ „ „ Bonn	desgl.	640	5	—	128	1	
„ „ „ Düren	desgl.	698	7	—	100	1	
„ „ „ Grafenberg .	desgl.	750	7	—	107	1	
„ „ „ Merzig . . .	desgl.	720	6	—	120	1	
„ „ „ Mariaberg . .	Pflegeanstalt	400	3	—	133	—	
13. Bezirksverband Hessen in Cassel.							
Irrenanstalt zu Marburg	Heilanstalt	300	4	—	75	—	
„ „ Merxhausen	Pflegeanstalt	730	3	—	243	—	
„ „ Haina	desgl.	730	3	—	243	—	
14. Bezirk Wiesbaden.							
Irrenanstalt zu Eichberg	Heil- und Pflegeanstalt	630	4	—	158	1	Selbst bei dem bisherigen Höchstbestand von 703 Köpfen und einem Zugang von 200 Kranken im Kalenderjahre 1897 erwies sich die Aerztezahl gegenüber den Kranken, da es sich um eine Heil- und Pflegeanstalt handelt, als völlig ausreichend.



heiten lassen sich die höchsten und die niedrigsten, d. h. die ungünstigsten und die günstigsten Ziffern für die eigentlichen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten zwischen den Zahlen 158 (Kortau, Sorau etc.) und 100 (Düren) feststellen. Für die einzelnen Provinzen berechnet sich der Durchschnitt für Ostpreussen am ungünstigsten mit 156 und für die Rheinprovinz am günstigsten mit 113, wobei zu Gunsten der Rheinprovinz noch ausserdem in das Gewicht fällt, dass dort jede Anstalt eine (hier nicht mitgerechnete) Volontairarztstelle hat.

Wenn man nun fragt, ob dieses statistische Ergebniss ein zufriedenstellendes Bild ergiebt, so lässt sich darauf wohl kaum mit einem runden „Ja" antworten. Es sind ja bekanntlich von einigen Seiten ausserordentlich übertriebene Anforderungen hinsichtlich der Höhe der Aerztezahl in einer Irrenanstalt gestellt worden (bis zu 25 auf einen Arzt!); auch die Ministerial-Anweisung vom 20. September 1895 schiesst zweifellos weit über das Ziel hinaus, wenn sie schlechthin für alle Privatanstalten, also auch reine Pflegeanstalten für je 100 Kranke einen Arzt fordert; denn in einer reinen Pflegeanstalt von beispielsweise 500 Kranken sind zwei*) tüchtige Aerzte ohne allen Zweifel**) kaum genügend beschäftigt, wenn sie keinerlei Nebenarbeit haben; auch ist die ministerielle Forderung in den grösseren Pflegeanstalten in der That nicht durchgeführt worden.

Es muss unterschieden werden, ob eine Anstalt eine durchschnittlich starke Aufnahmeziffer und viel frische Fälle aufzuweisen hat oder nicht. Bei dem üblichen Aufnahmeverhältniss von 20 bis 50 % (und darüber hinaus) des Bestandes unserer provinziellen grossen Heil- und Pflegeanstalten unterliegt es aber keinem Zweifel, dass, wenn einigermaassen ordentlich und gewissenhaft gearbeitet werden soll, das in der Ministerial-Anweisung für die Privatanstalten geforderte Verhältniss von 100:1 das zu erstrebende und normale sein muss.

Damit aber wird sich jeder einsichtige und vorurtheilsfreie Anstaltsleiter auch zufrieden geben können.

*) ? Red. Die Berechnung auf vorstehender Tabelle ist deshalb zu beanstanden, weil die Directoren, die keine Krankenabtheilung führen, mitgerechnet werden.

**) Diese Ansicht des ungenannten Herrn Verfassers dürfte nicht nur manchem Zweifel begegnen, sondern sie wird ziemlich vereinzelt stehen. Auch in einer von 500 Kranken bewohnten reinen Pflegeanstalt — thatsächlich giebt es kaum eine solche im wahren Sinne des Wortes, da überall verspätete und unerwartete Heilungen vereinzelt vorkommen — haben ausser dem Director zwei tüchtige Aerzte vollauf zu thun, wenn sie sich nicht auf die blosse Behandlung der körperlichen Erkrankungen beschränken, sondern sich mit Hingebung der Behandlung und Pflege, insbesondere der möglichsten Beschäftigung ihrer Kranken widmen, wenn sie auf die Ausbildung und Controle des Pflegepersonals dasjenige Maass von Zeit und Sorgfalt verwenden, welches erforderlich ist, um Verunreinigungen und Verletzungen, Aufregungszustände und Isolirungen auf ein Minimum zu beschränken. Nur auf die Weise können auch eine grosse Anzahl von Unheilbaren, anstatt unaufhaltsam thierisch zu verblöden, zu einer ihnen selber und dem Ganzen nützlichen Beschäftigung, zu einem menschenwürdigen Dasein erzogen werden. Auf die Weise können auch eine immerhin nicht ganz geringe Anzahl von Unheilbaren im Laufe der Zeit wieder soweit gefördert werden, dass eine Rückversetzung in die Häuslichkeit oder in Familienpflege möglich wird. Dass auch die Führung der Krankengeschichten, die Vornahme der Obductionen, die Verarbeitung des anatomischen Materials viel Zeit erfordert, sei nur nebenbei erwähnt.

Allerdings wird es sehr schwer halten, ja unmöglich sein, die nöthige Anzahl tüchtiger Aerzte für den Dienst an reinen Pflegeanstalten zu gewinnen oder auf die Dauer dort festzuhalten.

Die Schaffung reiner Pflegeanstalten ist schon aus diesem Grunde — wie aus vielen anderen — verwerflich. Wo bereits Pflegeanstalten bestehen, richte man auch eine kleine Heilabtheilung ein. Das wird für Aerzte und Pflegepersonal, wie auch für die Kranken und ihre Angehörigen eine wahre Wohlthat sein. Denn in der reinen Pflegeanstalt grinst allerwärts wie von Geisterhand geschrieben dem eintretenden Kranken die Inschrift entgegen: „Lasst alle Hoffnung fahren". Alt.



Englische Gesetzgebung bezüglich der Geistesstörungen.

Von Sanitätsrath Kreisphysikus Dr. *Kornfeld*-Grottkau.

I. Partielle Geistesstörung.

Nach S. Pitt Lewis, R. Percy Smith and J. A. Hawke: The Insane and the Law 1895.

Das englische Gesetz — nach der Darstellung dieses Werkes — anerkennt, im Gegensatze zur Psychiatrie, eine partielle Geistesstörung; wenigstens in gewisser Ausdehnung. Die von Esquirol (Monomanie) eingeführte Theorie wurde strafrechtlich mit Erfolg von Cockburn 1843 bei dem des Mordes angeklagten Mac Naughten verfochten. Gegen sie machte der Kanzler Lord Brougham 1848 geltend: „Wenn Jemand sich bezüglich



eines einzelnen Punktes geistig krank zeigt, so ist es unter der Voraussetzung der bleibenden Störung bezüglich dieses Punktes ganz irrig, anzunehmen, dass sein Geist bezüglich anderer Punkte thatsächlich gesund ist. Denn so wie der Gegenstand der Wahnvorstellung auf das Tapet gebracht wird, zeigt es sich sofort, das er sie für etwas Wirkliches hält. Man könnte sonst z. B. annehmen, ein Gichtkranker, dessen Aufmerksamkeit genügend abgelenkt wurde, hätte währenddessen keine Gicht. Bei jeder anscheinend vernünftigen Handlung kann man bei partieller Geistesstörung nie wissen, inwieweit sie von dieser beeinflusst wird. Da nun der Geist ein und derselbe ist, so ist er hier thatsächlich krank u. s. w."

Cockburn als Lordkanzler schaffte 1870 seiner obigen Ansicht auch bei Testamenten Eingang: „Es ist uns zwar nicht gegeben, in das Mysterium des menschlichen Geistes einzudringen; sicher aber sind dessen Fähigkeiten und Functionen ebenso verschieden und gesondert, wie die physischen. Und die Psychiatrie lehrt, dass unter Umständen eine oder die andere derselben beschädigt sein kann bei Unversehrtheit der übrigen." Bezüglich Contracte gilt seit 1880, dass Geistesstörung sie nicht ungiltig machen, selbst wenn der eine der Contrahenten wirklich von ihr Kenntniss hat, sobald sie nur partiell und nicht mit Unfähigkeit zur Abschliessung eines verständlichen, geschäftsmässigen Contracts verbunden ist. Das englische Gesetz nimmt aber nicht sowohl partielle, als gradweise Geistesstörung an. Es kann z. B. Jemand wegen des Grades seiner Geistesstörung unfähig zum Testiren sein, aber nicht zur Verbüssung einer Haft etc. (siehe weiter unten).

II. Beweis des Bestehens von Geistesstörung.

Nichol's Ausspruch 1831 gilt noch jetzt: dass, wie es scheint, bis jetzt kein gerichtlicher Fall erwähnt ist, in welchem nicht vorher das Bestehen von Geistesstörung überzeugend durch das Vorhandensein von Wahnideen erwiesen worden war. Wahn, definirt Verf. nach Clouston, ist: „Ein Glaube an etwas, was für Geistesgesunde aus derselben Gesellschaftsklasse, von gleicher Erziehung oder Rasse unglaublich wäre, als Ergebniss krankhafter Hirnthätigkeit." Während manche fixe Ideen, z. B. der Erlöser zu sein, keinen Einfluss auf die Handlungen zeigten, sind sie bei Anderen (allerdings oft schwer aufzuweisende) Motive zu solchen. So bildete sich ein Patient ein, er wäre eine Windmühle. Er verbrannte das Haus, in welchem er unter Aufsicht eines Wärters gehalten wurde, in dem Gedankengange: „In der Umgebung befänden sich keine Windmühlen. In Folge dessen fühlte er sich vereinsamt. Wenn er nun das Haus abbrannte, so würde er irgendwo anders hin gebracht werden, wo sich in der Nachbarschaft Windmühlen fänden und er dann Gesellschaft haben."

Vom Gesetz wird verlangt, dass die wissenschaftlich festgestellte Geistesstörung auch zu krankhaftem Handeln geführt hat. Es gelten folgende 8 Kriterien zum Beweise einer Geistesstörung:

A) Für die Nothwendigkeit der Behandlung:
1. ob Jemand noch fähig ist, für seine Person und Angelegenheiten zu sorgen;
2. ob er einer Anstalt übergeben werden darf;
3. ob er widergesetzlich in einer solchen aufgenommen wurde.

B) Bezüglich seiner bürgerlichen Rechte:
4. abgesehen von 3. und von Klagen gegen ihn bei Contracten ist das Bestehen der Geistesstörung irrelevant;
5. bei späterer Klage eines Geisteskranken wegen Erduldung von Zwang ohne Beobachtung der gesetzlichen Vorschriften (Stat. Law) handelt es sich um den Beweis der Gefährlichkeit;
6. bei Klage gegen einen Geisteskranken wegen Contracterfüllung um den Beweis, ob die Geistesstörung ihn unfähig zu dem Contract machte und die andere Partei davon Kenntniss hatte.

C) Bezüglich crimineller Zurechnungsfähigkeit:
7. ob der Angeklagte bezüglich der That Recht von Unrecht unterscheiden konnte.

D) Bezüglich Testamente:
8. ob die Geistesstörung derart war, dass sie nach vernünftiger Auffassung die Errichtung beeinflussen konnte (oder nach anderer Anschauung: beeinflusst hat).

Von der gerichtlichen Würdigung blosser Excentricität wird folgendes Beispiel gegeben: Ein gewisser Jervoise hatte innerhalb der Zeit, wo er durch Urtheil der Untersuchungs-Jury für geisteskrank erklärt worden war, einer Maitresse ein Jahresgehalt ausgesetzt. Die Schenkung wurde für giltig erklärt, obwohl bezeugt wurde, dass J. unter Anderem im Lande auf einem Esel herumzureiten pflegte in blauen Hosen, rothen Maroquin-Schuhen, weissem Hemd, ohne Rock und Weste, Fuhrmanns Hut. Sein Wagen enthielt altes China-Porzellan, Schüsseln, Pfannen, eine Menge Dietriche etc. Als er ihn endlich streichen liess, fuhr er vor dem Trocknen in ihm aus. Zur Ausbesserung der Ueberzüge wurden alte Unterröcke verwendet. In seinem Hause hatte er die Treppen entfernt und die Decken durchbrechen lassen, um selbst auf Leitern auf- und abzusteigen, während die Dienerschaft Stricke und Flaschenzüge benutzen musste, mittelst welcher er sich auch Essen in sein Zimmer bringen liess, das Jene nicht betreten durften. Solche Excentricitäten könnte sich ein Mann in J.'s Verhältnissen eben gestatten. Vor Jahren wurde in England die Thatsache des Nichtrasirens als Zeichen von Geistesstörung erachtet.

III. Die Verbindlichkeit Geisteskranker in Civilsachen.

Eine giltige Ehe kann von einer Person nicht geschlossen werden, die so geisteskrank ist, dass sie



die Natur der Handlung nicht zu verstehen vermochte. Ob ein solcher Grad von Geistesstörung vorhanden war, entscheidet das Gericht. (Nachfolgende Geistesstörung ist kein Scheidungsgrund.) Auch bei Klage auf Scheidung wegen Ehebruch gilt dasselbe bezüglich des schuldigen Theiles.

Geisteskranke, die Andere schädigen, sind im Allgemeinen dafür verantwortlich. So auch, wenigstens zum Theil, für Diffamation. Nach amerikanischen Entscheidungen indess ist Geistesstörung hier eine Entschuldigung, so dass kein oder wenigstens nur für den thatsächlichen Schaden Ersatz gefordert wird.

IV. Criminelle Zurechnungsfähigkeit.

In der Praxis wird Geistesstörung von der Vertheidigung häufiger in den Fällen behauptet, wo die bedrohende Strafe schwerer ist als die Folgen der Erklärung der Geistesstörung.

Bei der Verhandlung vor dem Schwurgericht handelt es sich zunächst darum: a) ob der Angeklagte plaidiren kann? b) wenn er nicht antwortet: „ob er böswillig stumm ist oder durch Gottes Heimsuchung?" c) ob er geistig gesund oder krank ist?

Im zweiten Stadium, während der Verhandlung, haben die Sachverständigen sich vor Allem davor zu hüten, über den rein juristischen Begriff der Zurechnungsfähigkeit keine Ansicht auszudrücken. Das Kriterium der Zurechnungsfähigkeit: Kenntniss von Recht und Unrecht, bezieht sich nicht bloss auf gesetzliches, sondern moralisches Recht; unter Umständen werden von Richtern auch gleichbedeutend gebraucht: gut, schlecht, richtig, sündlich. Diese Unterscheidungs- (und Wahl-) Fähigkeit muss ferner bezüglich der That vorhanden sein und der Angeklagte muss „die Natur und Beschaffenheit seiner That verstanden haben." „Wenn," erklärte ferner Denman, „eine mitwirkende Krankheit in Wahrheit die treibende Macht war, der er nicht widerstehen konnte, so wird er nicht verantwortlich sein." Unwiderstehliche Antriebe werden bei Epilepsie und Puerperal-Fieber anerkannt und können sonst geltend gemacht werden. Hinsichtlich der Sachverständigen ist es nothwendig festzuhalten, dass er nur hypothetisch gefragt werden solle; denn die Beantwortung der Frage, ob Geistesstörung vorliegt oder nicht, „versetzt ihn aus der Zeugniss- in die Geschworenen-Bank."

Trunkenheit, so lange sie dauert, kann beinah eine Art Geistesstörung genannt werden. Die freiwillig erfolgte Trunkenheit ist keine Entschuldigung für ein Verbrechen; doch kann die grössere Reizbarkeit auf Angriffe bei Trunkenheit in Betracht gezogen werden; ebenso die Absicht, wo diese zur Constitution des Verbrechens materiell erforderlich ist.

V. Zeugnissfähigkeit.

Geisteskranke sind fähige Zeugen, wenn der Richter denkt, dass sie in dem gegebenen Falle nützliche Aussagen geben werden; doch soll vorher festgestellt werden, ob die Geistesstörung nicht eine zu schwere bezw. nur partielle ist.

VI. Testirfähigkeit.

Es muss genügende geistige Kraft vorhanden sein, aber nicht nothwendig auch der Wille, sie richtig auszuüben. Wenn ein Testament, dessen Grundzüge vorher von dem Testator festgestellt waren, von ihm zur Zeit einer Krankheit errichtet wurde, so genügt das Verständniss dafür, dass es den früheren Anordnungen gemäss ist, auch wenn er sich der Grundzüge nicht mehr erinnert oder das Vorgelesene nicht mehr versteht. Partielle Geistesstörung ist an und für sich nicht genügend zur Ungiltigkeit eines Testaments, wenn nicht vernünftiger Weise gesagt werden kann, dass die thatsächlich vorhandenen Wahnvorstellungen mit den Dispositionen im Testament in Verbindung stehen, sie beeinflusst haben.

Bei einer Entscheidung 1892 (in Sachen Roe v. Nix), wonach, obschon die Erblasserin sich in einem Sanatorium und unter der Controle des Irrenamtes befand, das Testament für giltig erklärt wurde, wurde in höchst merkwürdiger Abweichung von dem deutschen Verfahren vom obersten Gerichtshof einstimmig der Antrag abgelehnt, die bezüglichen Berichte der Irren-Inspectoren vorzulegen, „da diese bei dem Tode der Erblasserin hätten vernichtet werden sollen und jedenfalls so anzusehen seien."

Für giltig wurde ein Testament in folgendem Falle erklärt: B., Besitzer, war bis 1841 wegen Geistesstörung in einer Anstalt gewesen. 1863, zwei Jahre vor seinem Tode, testirte er zu Gunsten seiner Nichte, die bald nachher starb, und deren Erbe ihr Halbbruder war, während ohne Testament der Kläger, ein Neffe, geerbt hätte. Testator hatte von 1841 bis zur Errichtung des Testaments an Wahnvorstellungen gelitten (Verfolgtwerden von Teufeln u. dgl.), aber seine Angelegenheiten gut verwaltet, insbesondere sich correct beim Testiren benommen. Der Richter instruirte die Jury: „Das blosse Factum, dass Jemand sich an Etwas erinnern, über gewisse Dinge vernünftig sprechen und manche Geschäfte besorgen könne, genügt nicht zum Beweise der geistigen Gesundheit; andererseits Langsamkeit, Schwäche und Excentricitäten nicht zu dem der Geistesstörung." Der Appellhof bestätigte das Urtheil, „denn das Vorhandensein einer Illusion, wenn sie sich mit den geistigen Kräften und Fähigkeiten im Allgemeinen verträgt, genügt nicht, um den Willen umzustossen, ausser derartige, die den Testator bei der Errichtung zu beeinträchtigen geeignet sind."

Dass Jemand sein Lebelang gesetzlich als Geisteskranker behandelt worden ist, bildet auch nur prima facie ein Zeugniss für seine Geistesbeschaffenheit.



Mittheilungen.

— **Nach dem Generalbericht über die Sanitätsverwaltung im Königreich Bayern,** herausgegeben vom Kgl. Staatsministerium des Innern, Verlag von Fr. Bassermann in München, wurden im Jahre 1897 in den neun Kreisirrenanstalten Bayerns (München, Gabersee, Deggendorf, Klingenmünster, Karthaus-Prüll, Bayreuth, Erlangen, Werneck, Kaufbeuren-Irsee) 1422 Geisteskranke (776 männliche, 646 weibliche) aufgenommen.

		männl.	weibl.
Einfache Seelenstörung . .	1046	497	549
Paralytische „ . .	208	157	51
Seelenstörung mit Epilepsie	70	43	27
Imbecillität und Idiotie . .	67	48	19
Delirium potatorum	31	31	—

Die Paralytiker betrugen 14,6% des Zugangs.

Das Verhältniss der männlichen zu den weiblichen Paralytischen ist 3,1 : 1.

Im Berichtsjahre gingen ab 1307 Geisteskranke (750 männliche, 557 weibliche) und zwar:

		männl.	weibl.
geheilt . .	235 (18,0%)	116 (15,5%)	119 (21,4%)
gebessert .	375 (28,7 „)	216 (28,8 „)	159 (28,5 „)
ungebessert	304 (22,2 „)	180 (24,0 „)	124 (22,2 „)
gestorben .	393 (27,8 „)	238 (31,7 „)	155 (27,8 „)

Der durchschnittliche Bestand betrug 4935 (2551 männliche, 2384 weibliche).

Der Gesammtbestand betrug 6340 (3346 männliche, 2994 weibliche).

Verhältniss der Genesenen zum durchschnittlichen Bestand 4,76%, zum Gesammtbestand 3,71%.

Verhältniss der Todesfälle zum durchschnittlichen Bestand 7,96%, zum Gesammtbestand 6,20%.

Bestand am Jahresschlusse: 5006 (2572 männliche, 2434 weibliche).

		männl.	weibl.
Einfache Seelenstörung . .	4267	2090	2177
Paralytische Seelenstörung	289	196	93
Seelenstörung mit Epilepsie	218	127	91
Imbecillität und Idiotie . .	213	140	73
Delirium potatorum	19	19	—

Das Verhältniss der männlichen zu den weiblichen Paralytikern ist 2,1 : 1.

— **Dr. Felix Leonhardt,** früher Arzt an der Edel'schen Anstalt in Charlottenburg und an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Freiburg (Schlesien) hat die ehemals Dr. Menthe'sche Privatanstalt für Gemüthskranke in Gross-Lichterfelde bei Berlin käuflich übernommen und die Concession zur Leitung derselben erhalten. Zur Zeit sind 40 Patienten daselbst in Pflege; eine Erweiterung ist in Aussicht genommen.

— Die sächsische Baugewerksberufsgenossenschaft beabsichtigt in Leipzig unter Leitung eines Nervenarztes eine zunächst für 15 Personen berechnete **Beobachtungsstation** für solche **Nervenkranke** zu errichten, welche sich im Beruf als Bauarbeiter eine traumatische Nervenerkrankung zugezogen haben; es handelt sich hauptsächlich um traumatische Neurosen, bei denen ja eine möglichst unmittelbar nach dem Unfall einsetzende Beobachtung zur Begutachtung der Invalidität nothwendig ist. Durch Anschluss anderer Berufsgenossenschaften wird diese Einrichtung voraussichtlich bald erweitert werden.

— **Schon wieder ein Anstaltsbrand.** Im deutschen Samariter-Ordensstift zu Kraschnitz in Schlesien gerieth am 23. v. M. auf bisher unaufgeklärte Weise ein Pfleglingshaus in Brand. Der Brüder-Feuerwehr gelang es wohl, fast alles Inventar zu retten, das Gebäude selbst aber brannte vollständig nieder; denn es war nur wenig Wasser zu erlangen (!). Menschenleben sind nicht in Gefahr gekommen, da sämmtliche Bewohner sich zur Zeit des Brandes im Freien aufhielten. Das Gebäude war nur gering versichert.

Psychiatrischer Brief aus Lyon.

Lyon, den 21. August 1899.

Die psychiatrische Bewegung der letzten Monate hat hier zu Lande, ich meine im südlichen Frankreich, nur wenige Ereignisse von allgemeinerem Interesse gezeitigt. Abgesehen von den Personalveränderungen in den ärztlichen und Directorialstellen der Anstalten — ich erfülle eine Pflicht der Freundschaft und Collegialität, wenn ich ausspreche, wie leid es uns thut, Herrn Dr. Brun, Chefarzt an der Anstalt zu Brou, der aus Gesundheitsrücksichten seinen Abschied genommen hat, aus seinem ihm theuer gewordenen Wirkungskreise scheiden zu sehen — abgesehen also hiervon glaube ich Ihnen nur über zwei Dinge berichten zu können.

Ueber den Congress des Vereins der französischen Psychiater und Neurologen, welcher im April d. J. in Marseille stattfand, haben Sie zwar schon einen Ihnen von mir gesandten kurzen Bericht veröffentlicht; doch muss ich einen Punkt noch nachholen. Es handelt sich um eine Schöpfung des Dr. Ph. Rey, Chefarzt der Irrenanstalt zu Aix-en-Provence, welcher den Plan gefasst hat, in seiner Anstalt eine **Berufspflegerschule** zu gründen, ein sehr glücklicher Plan, der hier in der Provinz bisher vereinzelt dasteht; in den Anstalten des Seine-Departements sind ja solche Schulen bereits im Betrieb. Die Idee ist vorzüglich: die Hebung des moralischen und intellectuellen Niveaus des Irrenpflegepersonals, das bei dem strengen Dienst immer dazu neigt, die Eigenschaften des Gefangenenwartepersonals anzunehmen, und die Ausbildung eines wirklichen Krankenpflegepersonals kann für die Behandlung der Irren und den Anstaltsdienst nur von grösstem Nutzen sein. Ich erinnere mich hierbei an einen Brief, den ein junger Mann aus einer Anstalt des Seine-Departements, welche eine solche Schule besitzt, vor einiger Zeit an mich schrieb und worin er mir ausdrückte, wie gern er an dem Unterricht theilnehme und wieviel mehr Interesse er jetzt am Irrendienste habe.



Ich werde den lobenswerthen Plan des Dr. Rey weiter verfolgen und Sie hierüber auf dem Laufenden erhalten. Der Verein hatte die Freude, bei seiner Besichtigung der Anstalt zu Aix diese Schule mit einem solennen Act einzuweihen und ihr zu den besten Erfolgen Glück zu wünschen.

Ferner erscheint mir besonders erwähnenswerth die **Errichtung eines Laboratoriums für psychische Pathologie und Klinik** (pathologie et clinique mentales) in den Räumen der medicinischen Facultät zu Lyon; das Laboratorium ist Herrn Professor Dr. Pierret unterstellt. Es befindet sich in einigen Zimmern, welche im physikalisch-chemischen Institut erübrigt worden sind, und wenn es auch vorläufig eine bescheidene Ausdehnung hat, so entspricht es doch den nothwendigen Anforderungen. Bisher war es in der Irrenanstalt zu Brou untergebracht und mit dem Laboratorium derselben vereinigt. Indess erschwerte die weite Entfernung dieser Anstalt vom wissenschaftlichen Centrum Schülern und Angestellten den Besuch ganz wesentlich. Mir selbst wurde der Vorzug zu Theil, zum Chef des Laboratoriums ernannt zu werden; zwei Studirende (die Herren Vurpas und Eggli) sind mir als Präparatoren zugetheilt. Herr Professor Pierret hielt bereits darin seine pathologisch-anatomischen Demonstrationen ab, die er an seine theoretischen Vorlesungen anknüpft (über die verschiedenen Formen der Sclerose, über die Veränderungen des Centralnervensystems bei den verschiedenen Infectionskrankheiten).

Von den Aerzten der Anstalt Brou wurden folgende Thesen veröffentlicht: Dr. Audemard: Ueber Cerebraltyphus ohne Darmerscheinungen; Dr. Cuzin: Ueber den Einfluss intercurrenter Intoxicationen auf das Auftreten der Schmerzkrisen bei Tabetikern; Dr. Jacquin: Beitrag zum Studium einiger psychischer Erscheinungen der secundären Syphilis; Dr. Feuillade: Beitrag zum Studium der Deliriumerscheinungen, welche die Krisis der Infectionskrankheiten markiren.

Diese vier Thesen bilden die Fortsetzung einer Serie von Arbeiten, die hier unter Leitung des Prof. Pierret über die Grenzgebiete der allgemeinen und der psychischen Medicin erschienen sind. Drei von ihnen bieten übrigens ein Argument für Diejenigen, welche die Errichtung von Specialanstalten für acute psychische Krankheiten fordern, namentlich die erste, welche unwiderlegbar nachweist, wie sehr oft es sich ereignet, dass Abortivformen von Typhus in die Irrenanstalten eingeliefert werden. Der Nachweis ist in den betreffenden Fällen mittelst der Widal'schen Reaction auf das Sorgfältigste ausgeführt worden und die Arbeit Audemard's bestätigt es, dass ich mit Recht die Aufmerksamkeit auf diesen Gegenstand lenkte, als ich im October 1897 (Lyon Médical, siehe auch das Referat in Schmidt's Jahrbüchern Bd. 257, S. 136) einen Fall von Typhus veröffentlichte, der unter den Erscheinungen einer Melancholie verlief und in Heilung ausging; in diesem Falle hatte die Diagnose mittelst der Widal'schen Reaction die überflüssige, wenn nicht verhängnissvolle Verbringung des Typhuskranken in die Irrenanstalt vermieden. Dr. Th. Taty,

Chef des pathologischen und klinischen Laboratoriums für Psychiatrie in Lyon.

Bücherschau.

Schultze, Friedr. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. I. Band. Mit 53 zum Theil farbigen Textfiguren und 4 Tafeln in Farbendruck. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke. 1898.

Wenn einerseits dem Irrenarzte die Kenntniss der Nervenkrankheiten durchaus nöthig ist, weil Neurologie und Psychiatrie zahlreiche gemeinsame Gesichtspunkte haben und weil viele Erscheinungen bei Geisteskranken Störungen oder Krankheiten in einzelnen Nervengebieten darstellen, so ist andererseits derselbe meist nicht in der glücklichen Lage, neben Irren auch Nervenkranke beobachten zu können. Von um so grösserer Wichtigkeit ist es deshalb für ihn, ein Lehrbuch der Nervenkrankheiten an der Hand zu haben, das mit vorurtheilsfreier Kritik das wissenschaftlich Gewonnene von dem Hypothetischen scheidet und die Wege zeigt, auf welchen die Neurologie zu ihren gesicherten Resultaten gelangt ist. Diese Bedingungen erfüllt das Lehrbuch der Nervenkrankheiten von Friedr. Schultze im besten Sinne. Es liegt uns bis jetzt der erste Band vor, der die destructiven Erkrankungen des peripheren Nervensystems, des Sympathicus, des Rückenmarks und seiner Häute enthält. Den Inhalt des Buches im Einzelnen zu skizziren, verbietet mir der Raum zu dieser Besprechung, allein ich kann es mir nicht versagen, einige Einzelheiten herauszugreifen. Die Capitel über die Differentialdiagnose der Polyneuritis, der Tabes dorsalis, der combinirten Systemerkrankungen des Rückenmarks, über Querschnittslaesionen, Myelitis, Syringomyelie etc. zeigen in der Schärfe des Urtheils und der Klarheit der Darstellung den Meister, der seit 25 Jahren in der Neurologie gerade da am fruchtbarsten mitgearbeitet hat, von wo die wichtigste Förderung dieser Wissenschaft erfolgt ist. Es ist dies die pathologische Anatomie, die im vorliegenden Buche, wie in allen Arbeiten Schultze's, eine hervorragende Stelle einnimmt. Aber auch die Aetiologie, deren Erforschung in dem letzten Jahrzehnt mit Recht einen besonders breiten Raum einnimmt, ist mit eingehender Sorgfalt und kritischem Eindringen bearbeitet, nicht minder die Symptomatologie. Die Therapie erfährt unter dem Gesichtspunkte der pathologischen Anatomie eine wohlthätige Sichtung.

Das Buch enthält ausserdem viele, noch nicht mitgetheilte Einzelerfahrungen, die einen werthvollen Schatz der betreffenden Capitel darstellen.

Schultze schreibt, wie er spricht. Der köstliche Humor, den wir aus seinen Vorträgen kennen, waltet auch in diesem Buche und belebt jede Seite. So wirkt dasselbe ungemein anregend und unterscheidet sich dadurch vortheilhaft von dem trockenen Lehrbuchtone. F.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,** Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 24. 9. September **1899.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mark.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Die geplante siebente Rheinische Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Haus Fichtenhain bei Krefeld.

Am Mittwoch, den 26. Juni d. J., unternahm eine grössere Anzahl von Mitgliedern des Rheinischen Provinzial-Ausschusses, sowie der Rheinischen Provinzial-Verwaltung unter Betheiligung des von längerer schwerer Erkrankung wiederhergestellten Ober-Präsidenten Excellenz Nasse von Düsseldorf aus einen Ausflug zur Besichtigung des von der Provinz zur Errichtung einer siebenten neuen grossen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt erworbenen Gutes Haus Fichtenhain bei Krefeld.

Die Fahrt wurde bei herrlichstem Wetter von dem Ratinger Thor aus, dem Ausgangspunkte der elektrischen Kleinbahn Düsseldorf-Krefeld, mittelst eines von der Direction der „Rheinischen Bahngesellschaft" in liebenswürdigster Weise zur Verfügung gestellten Salonwagens angetreten.

Vorüber an den grossartigen Schöpfungen und Unternehmungen dieser thatkräftigen und rastlos schaffenden Gesellschaft, an dem Gelände der für 1902 geplanten grossen Industrie-Ausstellung, über die neue mächtige Rheinbrücke eilte der elektrische Zug durch die von fleissigen Erntearbeitern belebte jenseitige Ebene in 40 Minuten dem gewerbreichen Krefeld zu, von wo bereitstehende Wagen die Theilnehmer in 15 Minuten dem 2 km von der Stadtgrenze im Gebiete der Gemeinde Fischeln gelegenen Gutshause von „Haus Fichtenhain" zuführten.

Zur leichteren Orientirung waren den Besuchern Karten zur Verfügung gestellt, welche die Ausdehnung und Lage der Besitzung und ihrer Gebäude leicht erkennen liessen.

Das südlich von Krefeld an der Communalstrasse Krefeld-Willich liegende Gut umfasst nebst den zur Arrondirung hinzuerworbenen Terrains eine Gesammtfläche von 121 ha oder rund 480 Morgen und ist von dem Provinzial-Ausschusse auf Grund einer von dem Provinzial-Landtage ertheilten Ermächtigung zu dem Preise von 350 000 Mk. einschliesslich der Gebäude erworben. Letztere bestehen aus einem etwa 10 Jahre alten herrschaftlichen Hause nebst Gutsgebäuden mit Stallung für 20 Pferde, Kuhstall für 40 Stück Rindvieh, Schweinestall; ferner aus einem grösseren und einem kleineren Wohnhause, einem weiteren besonderen Bauerngehöfte und einem voll-



ständigen Ringziegelofen. Die Gebäude sind durchweg gut erhalten und inzwischen überall wieder in Stand gesetzt. Die von einem Vorbesitzer betriebene Ziegelfabrikation ist seit Jahresfrist von der Provinzial-Verwaltung nach Engagirung eines Ziegelmeisters durch Arbeitskräfte der Provinzial-Arbeitsanstalt Brauweiler in vollem Umfange wieder aufgenommen, jedoch ausschliesslich zu dem Zwecke, das Baumaterial für die dort zu gründende Anstalt herzustellen. Die Besichtigung ergab, dass das fertige Material sowohl an Hintermauerungs- als auch an Verblendsteinen durchaus den zu stellenden Anforderungen entspricht.

Das vor dem Ankauf durch Vermögensverfall eines Vorbesitzers theilweise stark verwahrloste Ackerland ist unter tüchtiger landwirthschaftlicher Leitung, ebenfalls mit Brauweiler Arbeitskräften, erfolgreich wieder in Culturzustand versetzt, wie die Qualität der diesjährigen Ernte zur Genüge bewies.

Der Boden besteht in der oberen, zwischen $^3/_4$ bis $1^1/_2$ m starken Schicht aus einem Gemenge von Lehm, etwas Thon und Sand, während unten die vorherrschende niederrheinische Sand- und Kiesschicht sich vorfindet. Abgesehen von einigen 20jährigen Nadelholzbeständen und den zur Zeit zur Ziegelei benutzten (später für Rieselflächen bestimmten) Flächen ist nur Ackerboden vorhanden.

Die Entwässerung des Gutes soll nach den aufgenommenen Nivellements und den Verhandlungen mit der Stadt Krefeld in das Krefelder Canalnetz (den sogenannten Gathgraben) erfolgen.

An gutem und reichlichem Wasser fehlt es nicht.

Bei der Auswahl des Gutes Fichtenhain für die Zwecke der siebenten Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt war nächst den allgemein für neuere, nach dem „Offen-Thür-System" einzurichtende sogenannte „coloniale" Anstalten anerkannten Bedingungen hauptsächlich der Gesichtspunkt maassgebend, dass die Anstalt ihrer besonderen (unten zu erwähnenden) Bestimmung gemäss mit möglichster Leichtigkeit von der Haupt-Bevölkerungsmenge der Provinz muss erreicht werden können. Die grösste Dichtigkeit der Einwohnerschaft findet sich in dem gleichzeitig mit dem dichtesten Eisenbahnnetz versehenen Regierungsbezirk Düsseldorf. Da die Anstalt Grafenberg und die der Vollendung entgegensehende sechste Rheinische Anstalt Galkhausen auf der rechten Rheinseite liegen, so ergab sich von selbst das Bestreben, in der Nähe eines Eisenbahnknotenpunktes der linken Rheinseite anzukaufen.

Von allgemeinerem Interesse dürften noch einige Mittheilungen über die besondere Bestimmung und den Plan der Anstalt „Haus Fichtenhain" sein.

Bekanntlich hatte der im Frühjahr 1897 tagende 40. Rheinische Provinzial-Landtag in sehr anzuerkennender Liberalität im Hinblick auf die statistisch festgestellte regelmässige Zunahme der Irrenanstaltsbevölkerung und das Bedürfniss einer zeitgemässen Reform des Irrenwesens umfangreiche neue Organisationen und Schöpfungen beschlossen, unter denen in baulicher Hinsicht vorzugsweise zu nennen sind: die Modernisirung und theilweise Erweiterung der älteren Provinzial-Irrenanstalten; die Erbauung einer Station für irre Verbrecher etc.; der Neubau einer sechsten Provinzialanstalt für 800 Geisteskranke (Galkhausen).

Als Schlussstein für die neue Gestaltung der provinziellen Fürsorge für die in dem Gesetz vom 11. Juli 1891 erwähnten Hilfsbedürftigen sollte dann eine Provinzialanstalt für 800 Epileptiker und Geisteskranke errichtet werden.

An einer eigenen Provinzialanstalt für Epileptische fehlte es bis jetzt in der Rheinprovinz. Nun ging man jedoch nicht dazu über, eine Provinzialanstalt ausschliesslich für Epileptische in Aussicht zu nehmen, sondern hielt es, fussend namentlich auf den Erfahrungen und Anschauungen, die der rührige Director der sächsischen Provinzialanstalt Uchtspringe (Alt) in seinem für Epileptische und Geisteskranke gemeinsam bestimmten Institut gesammelt, für richtiger, in die geplante Anstalt für Epileptische von vornherein Geisteskranke, wenn auch in der Minderzahl, aufzunehmen. Alt hält bekanntlich diese Verbindung im Interesse der vielseitigen Ausbildung der Aerzte, sowie der richtigen Schulung eines guten Wartepersonals für direct nothwendig, zumal ein grosser Procentsatz der Epileptiker dauernd oder vorübergehend geisteskrank ist und eine Trennung derjenigen Kranken, die nicht zusammen sein dürfen, in den nach modernem Muster erbauten Anstalten sich leicht bewerkstelligen lässt. Aus dem Zusammenleben von Epileptikern und Geisteskranken in einer Anstalt hat Alt keine Nachtheile, sondern mancherlei Vortheile erfahren.

Nach den hierauf sich stützenden Beschlüssen des Rheinischen Landtages hat sich folgendes allgemeines Bauprogramm ergeben:

Die Anstalt soll erbaut werden für 800 Kranke der jetzigen III. und IV. Verpflegungsklasse („Pensionair-" und „Normalklasse").



Nach den statistischen Erfahrungen der übrigen Anstalten entfallen auf 800 Kranke:

80 Kranke III. Klasse (Pensionairklasse)
und 720 „ IV. „ (Normalklasse).

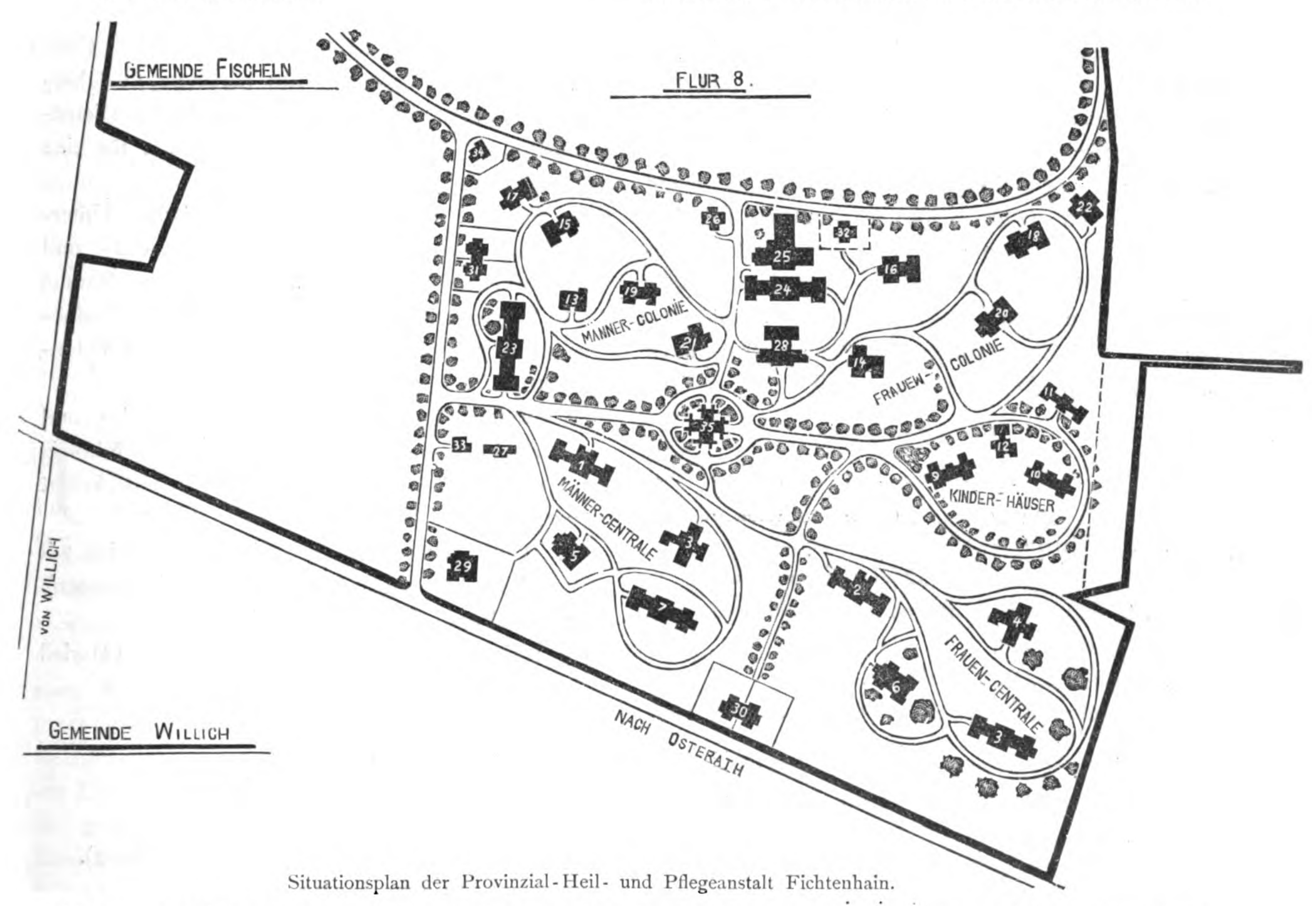
Die Geschlechter sind gleichmässig zu berücksichtigen; mithin ist zu bauen:

für 40 männliche und 40 weibliche Kranke der Pensionairklasse,

für 360 männliche und 360 weibliche Kranke der Normalklasse.

Das Verhältniss der Epileptischen zu den Geisteskranken bedarf im Voraus keiner Feststellung, da besondere bauliche Einrichtungen für die eine oder andere der beiden Kategorien nicht erforderlich sind. Die etwa erforderliche Trennung kann bei der Anzahl der vorgesehenen Einzelhäuser für die verschiedenen Krankheitsformen leicht durchgeführt werden. Da an Epilepsie (im Gegensatz zu den Geisteskrankheiten) auch schon im Kindesalter zahlreiche Erkrankungen eintreten, so ist aus der Gruppe der Männer- und Frauenhäuser eine besondere Gruppe von Häusern für die epileptischen Kinder auszuscheiden. Es sind für diese nach den in ähnlichen Anstalten gemachten Erfahrungen 120 Plätze (in den obigen bereits mitgezählt) vorzusehen und zwar 60 für Knaben und 60 für Mädchen.

Nach den für die Anstalt Galkhausen bereits anerkannten Grundsätzen sind hiernach für die Eintheilung des Anstaltsplanes folgende Gebäude zu unterscheiden (cf. beistehenden Situationsplan):



Situationsplan der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Fichtenhain.

Erklärung: 1. Aufnahmehaus (Männerseite). 2. Aufnahmehaus (Frauenseite). 3. Halbruhigenhaus (Männerseite). 4. Halbruhigenhaus (Frauenseite). 5. Unruhigenhaus (Männerseite). 6. Unruhigenhaus (Frauenseite). 7. Lazareth (Männerseite). 8. Lazareth (Frauenseite). 9. Kinderhaus (Knaben). 10. Kinderhaus (Mädchen). 11. Kinderlazareth. 12. Schule. 13. Pensionairhaus für 30 Kr. III. Cl. 14. Pensionairhaus für Frauen. 15. Villa (Männerseite). 16. Villa (Frauenseite). 17. Villa (Männerseite). 18. Villa (Frauenseite). 19. Villa (Männerseite). 20. Villa (Frauenseite). 21. Villa (Männerseite). 22. Villa (Frauenseite). 23. Verwaltungsgebäude. 24. Wirthschaftsgebäude. 25. Maschinen- und Kesselhaus. 26. Leichencapelle. 27. Gewächshaus. 28. Gesellschaftshaus. 29. Director. 30. Wohnhaus für zwei Aerzte. 31. Wohnhaus für Verwalter und Rendanten. 32. Maschinenmeister und Oberpfleger. 33. Gärtnerwohnung. 34. Portier. 35. Kirche.

. . . .

A) Krankenhäuser.

I. Centralanstalt (sog. „geschlossene“ Abtheilungen):

1. Aufnahmehaus zur Aufnahme und ärztlichen Beobachtung der Neueingelieferten bis zur Feststellung der Diagnose und

30*

		Plätze
	Ueberweisung an die zur weiteren Behandlung geeignete Abtheilung. Ausgedehnte Bettbehandlung. Für Männer . . .	30
2.	Aufnahmehaus für Frauen	30
3.	Haus für halbruhige Männer . . .	40
4.	„ „ „ Frauen . . .	40
5.	„ „ unruhige Männer	25
6.	„ „ „ Frauen	25
7.	Lazareth für Männer	25
8.	„ „ Frauen	25
	Gesammtzahl der Plätze der Centralanstalt	240.

Die Pensionaire, deren Zustand dies erfordert, werden in den geschlossenen Abtheilungen mit den Normalkranken verpflegt. Für besondere Fälle werden in allen geschlossenen Abtheilungen Einzelzimmer für Pensionaire vorgesehen. Das Wartepersonal wohnt — dies gilt für die ganze Anstalt — mit den Kranken zusammen. Dagegen werden in der Anstalt an geeigneten Stellen Erholungsräume für das dienstfreie Personal, namentlich das Nachtwachpersonal, eingerichtet. Die Stationspfleger und Stationspflegerinnen erhalten eigene Dienstzimmer.

II. Kinderanstalt:

		Plätze
1.	Ein Knabenhaus für	60
2.	„ Mädchenhaus für	60
3.	„ Kinderlazareth für beide Geschlechter gemeinschaftlich, insbesondere für den Fall ansteckender Krankheiten für 20 Betten,	
4.	Schule nebst Turnhalle.	
	Gesammtzahl der Plätze der Kinderanstalt	120.

III. Colonie (sog. „offene" Landhäuser):

		Plätze
1.	Ein Landhaus für männl. Pensionaire für	30
2.	„ „ „ weibl. „ „	30
3.	„ „ „ männliche Kranke der Normalklasse für	45
4.	desgl. „	45
5.	desgl. „	40
6.	desgl. „	40
7.	desgl. „	40
8.	Ein Landhaus für weibliche Kranke der Normalklasse für	45
9.	desgl. „	45
10.	desgl. „	40
11.	desgl. „	40
	Gesammtzahl der Plätze in der Colonie =	440
	hierzu Summe II =	120
	und „ I =	240
	zusammen =	800.

Die allgemeine Construction der Krankenhäuser und die Anordnung der Räume ist dieselbe wie bei den Krankenhäusern der Anstalt Galkhausen.

B) Verwaltungs-, Wirthschafts- und Wohngebäude etc.

1. Verwaltungsgebäude. Dieses soll ein Keller-, Erd- und Obergeschoss, und an einzelnen Räumen enthalten:

2 Räume für das Büreau des Rendanten, 1 Registratur, 2 Räume für das Bureau des Verwalters, 1 Aufnahmezimmer, 1 Warte- und Sprechzimmer, 2 Besuchszimmer für Kranke, 1 ärztliches Conferenzzimmer, 1 Bureau des Directors, 1 Oberarztzimmer, 1 Bibliothekraum, 1 Portier-Dienstzimmer, 2 Hausdienerräume, 2 Zimmer für eine Dispensiranstalt;

dazu für eine Poliklinik: 1 poliklinisches Untersuchungszimmer, 1 poliklinisches Apparat- und Electrisirzimmer, 1 Wartezimmer, ferner: 2 Räume für Laboratorien, 1 ärztliches Ess- und Casinozimmer, 2 Wohnungen für Assistenz- und Volontairärzte.

2. Wirthschaftsgebäude. Die Wasch- und Kochküche eingeschossig, sonst zweigeschossig mit ausgebauten Dächern, theilweise unterkellert (Modell Galkhausen).
3. Maschinen- und Kesselhaus verbunden mit Werkstättengebäude (Modell Galkhausen).
4. Bäckerei (Modell Grafenberg).
5. Leichencapelle mit Sectionsraum (Modell Merzig).
6. Eiskeller.
7. Gewächshaus.
8. Spritzen- und Wagenschuppen,
9. Waage nebst Häuschen.
10. Gesellschaftshaus (Modell Grafenberg).
11. Bedeckte Kegelbahn.
12. Director-Wohnhaus (Modell Galkhausen).
13. Wohnhaus für den Oberarzt und den III. Arzt (Modell Galkhausen).
14. Wohnhaus für den Verwalter und den Rendanten (Modell Galkhausen).
15. Wohnhaus für den Maschinenmeister und den Oberpfleger (Modell Galkhausen).
16. Gärtnerwohnung.
17. Pförtnerwohnung.
18. Kirche für 300 Plätze (Modell Galkhausen).

Die Beleuchtung der Anstalt soll, ebenso wie in Galkhausen, electrische sein. Zur Krafterzeugung sollen auch Electromotoren zur Verwendung kommen.



Ob die Electricität durch eigene Maschinen zu gewinnen ist oder vortheilhafter von dem städtischen Electricitätswerk zu Krefeld bezogen werden kann, lässt sich noch nicht mit Sicherheit angeben. Nach überschläglichen Berechnungen scheint sich indess die eigene Erzeugung wesentlich billiger zu stellen.

Aehnlich liegt die Frage der Wasserversorgung. Sofern zu eigenen Anlagen geschritten wird, sind die betreffenden maschinellen und baulichen Einrichtungen der Anstalt Galkhausen maassgebend.

Die Abwässer der Anstalt sollen, soweit es sich um die Tageswässer handelt, wie bereits oben bemerkt, durch besonderen Canal dem städtischen „Gathgraben“ zugeführt, im Uebrigen zunächst auf Rieselfelder, welche auf dem ausgeziegelten Terrain nördlich von dem Anstaltsterrain anzulegen sind, geleitet und dann wie vor abgeführt werden. — Für die Ausführung der Erdarbeiten etc. sollen Arbeiter-Commandos von der Arbeitsanstalt Brauweiler, welche jetzt schon in der Gutswirthschaft und dem Ziegeleibetriebe von Haus Fichtenhain thätig sind, verwendet werden.

Die Gesammtkosten sind überschläglich veranschlagt (einschl. Grunderwerb) auf 3 200 000 Mk. Mit dem Bau soll erst im Jahre 1900 nach Fertigstellung der Anstalt Galkhausen begonnen werden, da man nicht in den bei den Bauten in der 70er Jahren gemachten Fehler des gleichzeitigen Baues mehrerer grosser gleichartiger Anstalten verfallen will.

Bis dahin wird, wie die Besucher am 26. Juli sich überzeugt haben, dem Interesse der zukünftigen Anstalt auf dem Anstaltsgute wirksam vorgearbeitet. V.



Anstaltskirchen.

Von Pastor *Schubert*-Untergöltzsch.

Unsere Zeit weiss von bedeutsamen Fortschritten auf dem Gebiete des Irrenwesens, insbesondere von hocherfreulichen Beweisen staatlicher Fürsorge in der Irrenpflege. So entstehen in jedem Jahre neue Anstalten. Die meisten können als Musteranstalten bezeichnet werden, sofern sie nichts vermissen lassen, was man nach Bauart und Hygiene, nach technischen und psychiatrischen Einrichtungen von einer modernen Anlage erwarten muss. Ist es schon geboten, bei der Einrichtung von Krankenhäusern im Allgemeinen die grösste Sorgfalt anzuwenden, die Anlage und Einrichtung von Irrenanstalten erfordert aus naheliegenden Gründen die ausgesuchteste Fürsorge. Die Bedenken und Vorurtheile gegen die Anstalt sollen aufgegeben werden, die Kranken volles Zutrauen gewinnen und womöglich aus freien Stücken die Anstalt aufsuchen. Zur Erreichung dieses Zieles darf nichts unterlassen, kein Mittel und Opfer gescheut werden. So selbstverständlich und so allgemein verbreitet diese Forderungen, in einer wichtigen Frage ist man zur Nachsicht geneigt, in der Frage ausreichender kirchlicher Einrichtungen, und fast scheint es, als ob man Dinge, die gewiss ganz wesentlich sind, aber doch erst in zweiter Linie kommen, wie Beheizung, Beleuchtung und dergleichen, hier und da für wichtiger hält, als die Pflege des geistlichen Lebens. Wie man dem Fremden, der die Anstalt besichtigt, gern und mit einem berechtigten Stolz alle Vorzüge der Anlage zeigt, so sollte man geradezu seine Ehre darin suchen, auch auf schöne kirchliche Räume, die in keinem Missverhältniss zu den aufgebrauchten Mitteln stehen, hinweisen zu können. Jedenfalls sollte es nicht mehr vorkommen, dass in einer neuen Anstalt, wie noch aus der letzten Zeit berichtet wird, die Errichtung eines kirchlichen Raumes unterbleibt. Auch die Verwendung des sogenannten Festsaales zu gottesdienstlichen Verrichtungen ist nichts anderes als ein Nothbehelf, der einer Musteranstalt wenig Ehre macht. Der Festsaal ist ein profaner Raum, der auch durch die Gottesdienste, die in ihm abgehalten werden, in seiner Bestimmung und Aufgabe nicht alterirt wird. Er heisst nach wie vor der Festsaal, nennt man ihn aber doch Fest- und Betsaal, so macht man damit die Sache nicht besser, sondern schlimmer. Gottesdienstliche Uebungen fordern einen besonderen Raum, eine geweihte Stätte, die nicht noch anderen Zwecken dient, und das sollte sich in jeder Anstalt, zumal in den gross angelegten Anstalten der neuesten Zeit ermöglichen lassen. Vergleicht man die gegenwärtigen Irrenanstalten mit anderen Anstalten, mit Kranken- und Waisenhäusern, Internaten und Instituten, so fällt der Vergleich allenthalben zu Ungunsten der ersteren aus. So finden



sich, um nur ein Beispiel herauszugreifen, in allen Strafanstalten selbstständige Räume für den Gottesdienst, nur die Irrenanstalten lassen häufig vermissen, was sonst für selbstverständlich gilt. Sollen die Kranken den Eindruck und das beruhigende Gefühl gewinnen, dass in dem Anstaltsorganismus für alle Bedürfnisse gesorgt ist, so bedarf es unbedingt der Errichtung selbständiger Räume für die gottesdienstlichen Verrichtungen, womöglich eigener Gotteshäuser, wie das in einigen Anstalten schon geschehen ist. Im Folgenden soll der Erweis für die Nothwendigkeit dieser Forderung gebracht werden.

So nahe es liegt, auf die alte Frage, ob und wie weit Seelsorge an Geisteskranken nothwendig sei, einzugehen, und so versuchlich es erscheint, von den in langjähriger Arbeit an Geisteskranken gesammelten seelsorgerlichen Erfahrungen zu berichten, so soll und kann es doch nicht die Aufgabe dieses Artikels sein, über eine Sache zu schreiben, die heutzutage allgemein für nothwendig erachtet wird. Es sei deshalb nur gestattet, den status quo zu fixiren, worin sich Psychiatrie und Seelsorge die Hand reichen. Ich möchte ihn finden in einem Satz des Römerschen Buches „Psychiatrie und Seelsorge", welchem, soweit zu sehen ist, die betheiligten Kreise völlig zustimmen. Er schreibt darin über das Anrecht auf Seelsorge und sagt: „Wo diese Voraussetzung — nämlich ein richtiges Krankheitsverständniss — wirklich erfüllt ist, da lässt sich unbedenklich der Satz aufstellen, dass das Anrecht auf eigentliche Seelsorge durch krankhafte Geisteszustände an sich nicht aufgehoben, sondern vielfach eher erhöht wird. Erhöht wird dieses Recht zunächst schon dadurch, dass sich die Krankheit vorwiegend auf geistigem, nicht selten geradezu auf geistlichem Gebiet abspielt. Indem hierdurch das sittlich-religiöse Leben in eigenartiger Weise bedroht wird, und die religiösen Bedürfnisse selbst oft erheblich gesteigert sind, wird ein richtiger geistlicher Anhalt dringend erfordert. Hierzu kommt noch, dass die vielen in Irrenanstalten untergebrachten Kranken nicht bloss dem freien Verkehr mit ihren Angehörigen entrückt, sondern auch vom religiösen Leben der Gemeinde abgeschnitten sind. Somit sind sie einer sorgfältigen geistlichen Pflege in besonderem Maasse bedürftig." Ist das aber zugegeben, dass Seelsorge einen wichtigen, unentbehrlichen Factor in der Irrenanstalt ausmacht, so ist es nur ein Schritt zur organisirten Seelsorge, zu kirchlichen Einrichtungen in der Anstaltsgemeinde. Eine Forderung, die unlängst von kirchenregimentlicher Seite ausgesprochen worden ist, indem man auf der Eisenacher deutsch-evangelischen Kirchenconferenz den Standpunkt vertreten hat: „Die Aufgabe, für die Seelsorge an den Geisteskranken kirchliche Einrichtungen zu treffen, erwächst nicht nur im Allgemeinen aus der christlichen Liebespflicht, sich der geistlich und leiblich Nothleidenden hülfreich anzunehmen. Sie hat vielmehr einen besonderen Grund in der Absonderung von der Gemeinde, welche den Geisteskranken ganz allgemein durch die gesellschaftlichen Consequenzen ihres Zustandes und ausserdem in vielen Fällen durch Unterbringung in Anstalten, welche gegen den freien Verkehr abgeschlossen sind, auferlegt wird. Ihre Eigenthümlichkeit aber erhält die Aufgabe auch noch dadurch, dass es sich bei den Irren um Krankheitszustände handelt, welche in besonderer Art und in besonderem Maasse das Seelenleben ergreifen und daher ein Gebiet beherrschen, auf welches die auf Entwicklung und Pflege des religiös-sittlichen Lebens gerichtete kirchliche Seelsorge recht eigentlich sich bezieht." Hier wie dort derselbe Standpunkt: geordnete Seelsorge, kirchliche Einrichtungen!

Die organisirte Seelsorge, d. h. die an bestimmte Zeiten und Formen gebundene, amtlich geordnete seelsorgerliche Thätigkeit weist zunächst auf den Gottesdienst, auf die an jedem Sonntage stattfindende gottesdienstliche Handlung, wie sie sich in Predigt, Beichte etc. vollzieht. So wenig man sich eine öffentliche Seelsorge denken kann, die sich von dieser Grundform lossagen wollte, so selbstverständlich erscheint die Forderung, dass der Gottesdienst an jedem Sonntage, nicht zweiwöchentlich nur, wie es noch in verschiedenen Anstalten üblich ist, sondern wöchentlich stattzufinden habe. In meiner Gemeinde deckt sich das kirchliche Leben vollständig mit den in den anderen Gemeinden üblichen gottesdienstlichen Einrichtungen; vor Allem haben wir, wie es im ganzen Lande gebräuchlich ist, Sonntags Vormittags 9 Uhr Predigtgottesdienst, und das dürfte im Allgemeinen nur recht und billig sein. Daran sind die Kranken gewöhnt, das wollen sie, sobald sie überhaupt dazu im Stande sind, fortsetzen. Eine Verschiebung oder gar eine Verminderung der Gottesdienste könnten sie leicht missdeuten, als wollte man sie in kirchlicher Beziehung nicht für voll gelten lassen. Die Maassregeln, die sonst, namentlich in rechtlicher Beziehung, bedingt sein mögen, können sich nun und nimmer auch auf das kirchliche Gebiet erstrecken. Hier giebt es keine Ausnahmestellung,

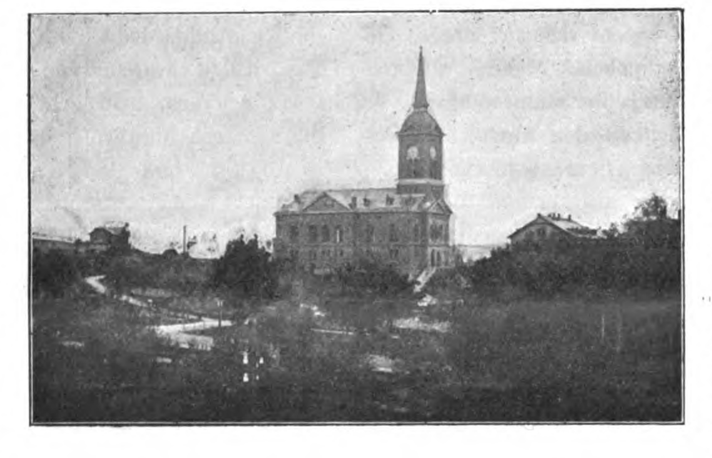


und der beste Beweis dafür, dass die Kirche dazu nicht die mindeste Veranlassung hat, ist die ausgesprochene Kirchlichkeit in unseren Gemeinden. Ein ablehnendes Verhalten, besonders eine Abneigung gegen die Betheiligung am kirchlichen Leben ist mir aus anderen als aus krankhaften Begründungen noch nicht begegnet. Alle Kranken, bei denen der Kirchgang möglich ist, besuchen am Sonntag den Gottesdienst, die meisten unter ihnen ganz regelmässig. Von etwa 500 Kranken gehen durchschnittlich 150 bis 170, also der dritte Theil, zur Kirche. Unter den freien Gemeinden im ganzen Lande dürfte sich kaum eine finden, die so reges kirchliches Leben aufzuweisen hätte. Auch wenn man in Erwägung zieht, dass bei uns die Männer am Sonntag nicht so müde von der Arbeit sind, und dass die Frauen nicht durch Kinderversorgung und häusliche Arbeit abgehalten werden, so ergiebt sich für unsere Gemeinden dennoch ein erhebliches Mehr von Kirchgängern und damit zugleich die Nothwendigkeit, bei so ausgeprägter Kirchlichkeit den kirchlichen Einrichtungen, insbesondere dem gottesdienstlichen Raume besondere Fürsorge zuzuwenden. Wie schon gestreift worden ist, ist es ein ganz unhaltbarer Zustand, wenn die Gottesdienste und alle kirchlichen Verrichtungen im Festsaale abgehalten werden müssen. Heterogeneres lässt sich nicht denken, und darum ist es geboten, mit solchen unwürdigen Zuständen aufzuräumen. In jeder Anstalt sollte sich ein würdiger Raum, welcher nur kirchlichen Zwecken dient, ausfindig machen lassen, bei dem Bau einer neuen Anstalt aber ein eigenes Gotteshaus von vornherein vorgesehen werden. Was sich in der heiligen Schrift findet an Worten der Sehnsucht nach dem Hause Gottes, von den Aeusserungen glühender Liebe zu den heiligen Wohnungen des Höchsten bei den Psalmisten bis zu dem unvergleichlichen Wort, welches der 12jährige Jesus im Tempel gesprochen hat: „Wisset ihr nicht, dass ich sein muss in dem, das meines Vaters ist?" was unsere geistlichen Lieder und die ganze kirchliche Literatur besingen als das Höchste auf Erden, als das Himmlische im Leben, gilt dem Frieden, der sich in Gottes Haus in die Seelen senkt, und der seligen Gewissheit, dass man, obwohl Gott überall ist, ihm doch in seinem Hause am nächsten ist und an keiner anderen Stätte auf Erden erfährt, was jener biblische Zeuge erfahren hat: Wie heilig ist diese Stätte! Hier ist nichts anderes denn Gottes Haus, und hier ist die Pforte des Himmels. Darum wird aus aller Mühe und Fürsorge, die man einem anderweitigen, zu kirchlichen Zwecken verwendeten Anstaltsraume zuwendet, niemals ein Gotteshaus, und die Gemeinde, welche diese heilige Stätte entbehrt, entbehrt damit nicht weniger als Gottes Haus.

Doch vielleicht hält man dem Allen entgegen, dass die Kranken sich mit den vorhandenen kirchlichen Einrichtungen gern begnügen, ja dass sie nicht einmal am Gottesdienste im Festsaale Anstoss nehmen. Dem ist doch zu erwidern, dass die Kranken, abgesehen von den bekannten Wünschen, wie dem der Entlassung, nicht leicht reflectiren über das, was ihrem Empfinden fehlt, auch wenn sie sich von den Gottesdiensten nicht ganz befriedigt fühlen; ungefähr so wie unsere Landgemeinden, die lange in den alten, kahlen Kirchen gesungen und gebetet haben, ohne etwas Besseres zu verlangen, dann aber, wenn die Renovation der Kirche durchgesetzt ist, aus ihrer Passivität heraustreten und sagen: „Das ist doch ganz etwas Anderes, man geht nun doppelt so gern in die Kirche." Man wolle also einfach thun, was nothwendig ist, und den Grundsatz, ohne besondere Rücksichtnahme auf ausgesprochene Wünsche und Anliegen der Kranken alle Einrichtungen nach bestem Wissen und Gewissen zu treffen, logischer Weise auch auf das kirchliche Gebiet anwenden. Jede Gemeinde, in welcher nach unzureichender kirchlicher Versorgung bessere Verhältnisse eintreten, zeigt erst, wie es in kirchlicher Beziehung um die Gemeinde steht. Dieser Weg ist auch für unsere Anstalten sehr zu empfehlen. Man wird dabei bald zu der Erkenntniss gelangen, dass man bei Berücksichtigung aller Verhältnisse von der Nothwendigkeit der Errichtung eines eigenen Gotteshauses nicht wieder loskommt. Bei Geisteskranken ist das Aeusserliche von grösster Wichtigkeit. Sie kommen schwerer zu rechter Concentrirung. Bei den Gottesdiensten, die ich wöchentlich in den einzelnen Häusern abhalte, habe ich immer wieder Gelegenheit, den Unterschied zwischen gottesdienstlicher und häuslicher Erbauung wahrzunehmen. So schön diese Gottesdienste verlaufen, so kommt es doch nie zu der tiefen und bleibenden Sammlung, wie im Gotteshause. Dort ist eine ganz andere Stimmung. Das Geläute der Glocken auf dem Wege, der Klang der Orgel beim Eintritt ins Gotteshaus bringen das Gemüth in eine ganz andere Verfassung, das Gotteshaus bietet das Uebersinnliche in sinnlicher Form und hält damit immer wieder die Predigt ohne Worte, die aber oft wirksamer sein mag als jede

andere, dass wir zu Seinem Hause werden sollen.

Lautete bisher die Forderung: Bau eines eigenen Gotteshauses um der Kranken willen, so giebt es doch auch noch andere Gründe, die nicht von der Hand zu weisen sind. Sehr oft bezeugen die Angehörigen der Kranken das lebhafteste Interesse an der Frage, ob dieselben zur Kirche gehen. Eine Dame, die ihren Gatten in unserer Anstalt hatte, sprach mir gegenüber wiederholt die Bitte aus, dass ich befürworten möchte, dass dem Kranken ausser der Theilnahme an dem häuslichen Gottesdienste, der ihr nicht vollgiltig zu sein schien, auch der Besuch des sonntäglichen Gottesdienstes in der Kirche erlaubt werde. Auch solche Stimmen muss man hören. Die Angehörigen sollen über Alles beruhigt sein. Hätten sie nicht zuerst den Wunsch, dass der Kranke baldigst heimkehre, so würde man wohl noch häufiger Wünsche in kirchlicher Beziehung hören können. Doch mit diesen Aeusserungen von Seiten der Angehörigen der Kranken ist noch nicht Alles gesagt Man sollte ein wenig Rücksicht nehmen auch auf die Anstaltsbeamten mit ihren Angehörigen, die ohnehin auf Manches verzichten müssen. Besonders das heranwachsende Geschlecht entbehrt viel, wenn es kein Gotteshaus hat. An das heimathliche Kirchlein, in welchem wir getauft und confirmirt worden sind, knüpfen sich die grössten und heiligsten Stunden des ganzen Lebens. Es fehlt dem Kinde, das ohne Gotteshaus aufwächst, die Stätte heiligster Erinnerung. Schliesslich dürfte es für die Persönlichkeit, welcher die berufsmässige kirchliche Versorgung der Gemeinde übertragen ist, nicht ganz gleichgiltig und unwesentlich sein, an welchem Orte sie die heiligsten Handlungen zu verrichten hat. Unter den Schwierigkeiten, mit welchen der Irrengeistliche zu rechnen hat, steht die Predigt mit ihrer Aufgabe, für alle verständlich zu sein, obenan. Hat man von dieser Aufgabe gesagt: „Hier soll das Unsichtbare zum Anschauen aufgestellt, das Unaussprechliche in Worte gefasst, das Unbegreifliche gedeutet, das Hohe, das Erhabene, das Unendliche, seiner Würde und Herrlichkeit unbeschadet, in den Kreis des endlichen, auf allen Seiten beschränkten Staubbewohners herabgezogen, — das Himmlische, das Geweihte soll dargestellt werden in irdischen Gefässen und doch von seiner göttlichen Natur dabei nicht einbüssen. Wie verschieden auch die Person des Lehrers sei von der Person des Zuhörers, und welch' ein Abstand an Geist und Gefühl sie trenne, hier soll aus beiden Eine werden,“ so will es erscheinen, als ob das in einer Irrengemeinde zu den Unmöglichkeiten gehöre. Bei dieser Aufgabe darf man wohl allgemeiner Zustimmung gewiss sein, wenn man unter solchen Verhältnissen von einer Predigtkunst zu reden sich für berechtigt hält. Ist diese Bezeichnung aber zugestanden, so muss man nothwendiger Weise auch deren erste Forderung, die Anschaulichkeit, in diesem Falle ein wirkliches Gotteshaus mit seiner eindringlichen Sprache für unerlässlich halten.



So dürfte es eine von allen Seiten wohlbegründete, unabweisbare Forderung sein, dass man in allen Irrenanstalten der kirchlichen Versorgung ein erhöhtes Interesse zuwende, in den zur Zeit bestehenden Anstalten für selbstständige kirchliche Räume, die wirklich zur Concentrirung und Sammlung, wie zur Erbauung dienen, und in neu zu errichtenden Anstalten für Errichtung eines eigenen Gotteshauses Sorge trage. Es sei gestattet, in Kürze auf die Beweise staatlicher Fürsorge hinzuzeigen, welcher sich die Irrenanstalten des Königreichs Sachsen zu erfreuen haben. Die älteren unter ihnen haben zu Kirchen ausgebaute Räume, die neueren einschliesslich der Landesanstalt für Epileptische selbstständige Gotteshäuser; insbesondere hat die Heil- und Pflegeanstalt Untergöltzsch den Vorzug gehabt, das erste unter diesen weihen zu dürfen. Das kirchliche Leben, das sich seit sechs Jahren um dieses Gotteshaus gebildet und im Laufe der Jahre immer bestimmtere Formen angenommen hat, ist für Viele zu einer Quelle des Segens geworden und dadurch ein lebendiges Zeugniss für die

Nothwendigkeit der Errichtung eigener Gotteshäuser. Alle, die je unserem Gottesdienste beigewohnt haben, und solcher Gäste aus den benachbarten Gemeinden giebt es immer sehr viel, sprechen mit der lautesten Anerkennung von unseren gottesdienstlichen Feiern, sei es nun dem Hauptgottesdienste am Sonntag, oder den Abendgottesdiensten zu Weihnachten, am Jahresschluss und in der Passionszeit, oder den besonders erhebenden Abendmahlsfeiern, die fast immer ohne Störung verlaufen und einen so gewaltigen Eindruck machen, dass mir eine Dame, die einst an einer solchen theilgenommen hatte, unter Thränen versicherte, sie habe noch nie in ihrem Leben eine so ergreifende Feier gesehen. Ein guter Kirchenchor, welcher aus den singfähigen Beamten sich gebildet hat, übernimmt die Leitung des kirchlichen Gesanges und verschönt die Gottesdienste häufig durch Aufführung von Motetten. Zweimal im Jahre finden geistliche Concerte statt, in welchen man auch an schwierigere Werke herantritt und sogar schon den ersten Theil aus Haydn's Schöpfung mit sehr schönem Erfolge aufgeführt hat. Das Innere des Gotteshauses zeigt einfache Verhältnisse. Auf dem Altar befindet sich ein lebensgrosses Bild des segnenden Heilandes, das Schiff (ohne Emporen) enthält 300 Sitzplätze, die Orgel mit geräumigem Chor hat 14 Register. Nach aussen zeigt die Kirche, die ein Steinrohbau in einfachen Renaissanceformen ist, einen hochragenden, schlanken Thurm mit drei Glocken und einer weithin sichtbaren Uhr mit vier Zifferblättern. Vor mir liegt ein Bericht aus der Heil- und Pflegeanstalt Niederhart und Gschwendt, in welchem Näheres über die einfache, aber würdige Capelle mitgetheilt wird, und ein Bericht aus einer der Londoner Anstalten (The London County Council Asylum), in welcher sich ebenfalls eine sehr schöne Capelle befindet, welche bei 2000 Kranken 800 Sitzplätze hat und durch je einen einstöckigen Gang mit den einzelnen Krankenhäusern verbunden ist. Es steht also Sachsen mit der Aufwendung von grösseren Mitteln nicht allein da, aber den Vorrang hat es unbestritten, dass es für kirchliche Zwecke eine Fürsorge entfaltet hat, welche die aller anderen Länder bei Weitem übertrifft. Erfordert die Seelsorgergemeinde unbedingt die Form der kirchlichen Rechtsgemeinde, d. h. eine gewisse Ordnung und Leitung innerhalb der Gemeinde, so hat die sächsische Staatsregierung mit der Erfüllung dieser Forderung durch Einsetzung von Geistlichen im Hauptamte einen Schritt vollzogen, der ausserordentlicher Beachtung werth ist, durch die Errichtung eigener Gotteshäuser aber ein Wohlwollen an den Tag gelegt, das man nicht genug rühmen kann. Möchte es den Anstoss geben, auf diesem Gebiete der Fürsorge baldigst nachzufolgen. Eine Gemeinde ohne Kirche kat keine Individualität.



Eine moderne Anstaltsküche.

Bei der Einrichtung von Krankenhäusern, Heil- und Pflegeanstalten, Lungenheilanstalten u. s. w. dürfte nicht in letzter Reihe die Kücheneinrichtung eine Beachtung verdienen.

Zugänglichkeit der Apparate bei möglichster Bewegungsfreiheit im Küchenraum ist beim Entwurf im Auge zu behalten und darnach zu streben, dass der Betrieb möglichst bequem ist und dem meist weiblichen Bedienungspersonal nicht zu sehr erschwert wird.

Der Küchenraum selbst ist hoch und luftig zu gestalten, eventuell sind derartige Einrichtungen zu treffen, welche den in dem Küchenraume sich entwickelnden Dunst und die Wrasenbildung weniger unangenehm machen, und die Apparate müssen, vom ökonomischen und hygienischen Standpunkte aus betrachtet, möglichst vollkommen sein. Wie den zu stellenden Anforderungen genügt werden kann, zeigt die neue Kücheneinrichtung in der Provinzial-Irrenanstalt zu Conradstein b. Pr. Stargard.*)

Der Küchenraum hat eine Länge von 20 m bei 14 m Breite und 7,85 m Höhe im Lichten und ist mit einer guten Ventilationsvorrichtung versehen. Die Wände sind bis 2 m Höhe mit polirten Platten von Kunstmarmor belegt, über denselben mit guten Verblendsteinen versehen, die ungeputzt mit Porzellanemaillefarbe gestrichen sind. Der Fussboden ist mit Mettlacher Fliesen bedeckt und mit Abwässerung versehen. In jeder Ecke der Küche ist ein Hydrant

*) Die Einrichtung ist von der Firma: Hildesheimer Sparherd-Fabrik A. Senking in Hildesheim ausgeführt.



nebst Schlauch angebracht; zwecks Reinigung der Küchenwände werden diese einfach mit einem kräftigen Wasserstrahl aus den Hydranten bespritzt.

Die Kocheinrichtungen sind theils für directes Feuer, theils für Hochdruckdampf, theils für Niederdruckdampf eingerichtet, welch letzterer durch Reduction aus ersterem gewonnen wird.

Für den Betrieb mit directem Feuer ist ein grosser Tafelherd vorhanden, welcher bei einer Plattengrösse von ca. 4350 mm Länge und 1300 mm Breite vier grosse Bratöfen hat von je ca. 550 mm Breite bei 300 mm Höhe; durch den Herdkörper hindurchreichend haben sie auf beiden Langseiten des Herdes Thüren und können somit auf beiden Seiten bedient werden. Unter jedem Bratofen befindet sich ein Wärmeraum. Je zwei Bratöfen haben eine gemeinschaftliche Feuerung und ist die Einrichtung eine derartige, dass jede Herdhälfte mit zwei Bratöfen und einer Feuerung für sich gebraucht und bei jeder Herdhälfte jeder Bratofen abgestellt und vom Betriebe ausgeschlossen werden kann. Die Verbrennungsproducte (Feuergase) werden durch einen unterirdischen Rauchcanal dem Schornstein zugeführt, geben aber vor ihrem Eintritt in den Schornstein noch einen grossen Theil Wärme an einen Geschirr-Wärmeschrank ab, dessen Dimensionen ca. 2000 mm Länge, 650 mm Tiefe und 1800 mm Höhe betragen, und welcher unmittelbar am Schornstein steht, so dass für dessen Heizung besondere Kosten nicht erwachsen.

Für Hochdruckdampf sind die sogenannten Massenkochapparate hergestellt und zwar vier Kessel von je 500 Liter Inhalt, zwei à 300, zwei à 125, ein Kaffeekessel von 300 Liter Inhalt und ein Kartoffeldämpfer zum Dämpfen von 800 Liter Kartoffeln, während für Niederdruckdampf von 0,5 Atm., welcher durch Einschalten eines Reducirventils aus dem Hochdruckdampfe erzeugt wird, eine Kaffeemaschine mit einem Heisswassererzeuger von ca. 60 Liter Inhalt und zwei Filtern von je 30 Liter, sowie ein Dampfkochherd mit sechs kippbaren Schnellkochern von zwei à 10, zwei à 20 und zwei à 30 Liter Inhalt für Herstellung kleinerer Portionen, Compots u. s. w. vorhanden sind.

Die Kochkessel für Hochdruckdampf haben sämmtlich hermetisch schliessende, durch Gegengewicht ausbalancirte Deckel; die Aussenkessel bestehen aus Gusseisen, die Innenkessel aus Kupfer mit innerer Verzinnung. Dieselben haben Wasserbad, welches höher und niedriger gestellt werden kann, je nachdem der Natur der zu kochenden Speisen entsprechend mehr die Einwirkung von Dampf oder kochendem Wasser erwünscht erscheint oder ob man auf die eine oder andere Weise gekochte Speisen noch längere Zeit warm und frisch erhalten will. Der hermetisch verschliessbare Deckel hat, wenn wir von der grösseren Sauberkeit der Zubereitung der Speisen — der Kessel bleibt während des ganzen Betriebes bis zur Fertigstellung der Speisen geschlossen — ganz absehen wollen, den grossen Vortheil, dass einestheils ein Kochen unter höherem als Atmosphärendrucke stattfindet und somit alle Mikroben mit Sicherheit unschädlich gemacht werden, anderntheils aber auch der während des Kochbetriebes in den hermetisch geschlossenen Kochgefässen sich entwickelnde Kochwrasen nicht in die Küche treten kann, sondern aufgefangen und durch eine Rohrleitung einem Condensator zugeführt und hier durch Condensation beseitigt wird. Gleichzeitig wird hierdurch bei einem Inhalte des Condensators von 450 bis 500 Liter eine bedeutende Menge warmen Wassers gewonnen, dessen Temperatur noch erhöht werden kann, da in dem Condensator zu diesem Zweck eine Dampfschlange eingebaut ist. Hierdurch ist auch die Möglichkeit geboten, ausser der Kochperiode heisses Wasser zu erzeugen und den Condensator als Warmwassererzeuger für Küchenzwecke zu benutzen. Der Condensator ist mit der Wasserleitung durch ein Schwimmkugelreservoir mit Schwimmkugelhahn verbunden und wird in Folge dessen bei Entnahme warmen Wassers selbstthätig gefüllt. Der Inhalt desselben bleibt vollständig rein, da das aus dem Kochwrasen condensirte Wasser mit demselben nicht in Berührung kommt und der Abwasserleitung zugeführt wird.

In Folge des Wasserbades bei diesen Kesseln ist ein Rühren der Speisen nicht nöthig; die Wärme wird auf die Speisen gleichmässig übertragen; das Wasser dringt gleichmässiger in die Speisen ein; dieselben quellen gleichmässiger, und die Nährstoffe werden besser aufgeschlossen und mithin auch den Verdauungssäften besser zugänglich gemacht. Das Kochen an sich ist rationeller, da die Speisen nur ins Kochen gebracht und nur kurze Zeit gekocht werden; dann wird der Dampf abgestellt und der Inhalt der Kessel einem selbstthätigen Weiterkochen in Folge der im Wasserbade aufgespeicherten Wärme überlassen. Die Kessel selbst sind isolirt und mit einem schmiedeeisernen Mantel umgeben, um Wärmeverlusten nach Möglichkeit vorzubeugen.



Sämmtliche hermetisch verschliessbaren Kessel sind mit den erforderlichen Armaturen versehen, für den Aussenkessel bestehend in einem Manometer, Sicherheitsventil, einer Füllvorrichtung und einer Entleerungsvorrichtung, für den Innenkessel in einem Entleerungshahn, einem rotirenden Doppelsicherheitsventil und einem hohlen Gelenkstück in der Drehachse des Kesseldeckels zur Abführung des Kochwrasens nach dem Condensator. Dabei sei noch bemerkt, dass das Doppelsicherheitsventil an der höchsten Stelle des Deckels mit dem hohlen Gelenkstück verbunden ist, durch seine drehende Bewegung den Kochgrad angiebt und Kochwrasen in die Küche eintreten lässt, wenn zu stark geheizt wird, oder wenn das Verbindungsrohr mit dem Condensator verstopft sein sollte.

Besonders hervorgehoben sei hier noch der Kartoffeldämpfer in Schrankform mit hermetisch verschliessbaren Thüren, bei welchem im unteren Theile sich ein kupferner, innen verzinnter Wasserbehälter befindet. Letzterer dient zur Aufnahme des frischen Wassers, aus welchem durch eine eingebaute Heizspirale der für den Dämpfprocess erforderliche Wasserdampf entwickelt wird. Ueber diesem Behälter, welcher einerseits mit der Wasserleitung zur Füllung desselben, andererseits mit der Dampf- und Condenswasserleitung in Verbindung steht, befindet sich ein Zwischenboden, welcher einestheils den Wasserdampf möglichst gleichmässig im Apparate vertheilt, anderntheils aber auch das im Apparate sich bildende Schweisswasser abführt und ein Hineinfallen von Kartoffelstücken in den Wasserbehälter verhinhindert. Zur Aufnahme der Kartoffeln dienen Schiebekästen aus perforirtem Reinnickelblech, welches von der sich bildenden Kartoffelsäure nicht angegriffen wird. Die im innern vorhandene Temperatur wird durch ein Kapillarthermometer erkennbar gemacht, und dient dieses zum Beobachten des Dämpfprocesses. Unter dem Boden und auf der Deckplatte sind Stutzen mit Drosselklappen, ersterer dient zur Ableitung des Schweisswassers, letzterer zum Anschluss an ein Luftrohr zur Entlüftung des Apparates. Die Drosselklappen sind derartig eingerichtet, dass zum Dämpfen der Kartoffeln bewegter Wasserdampf verwendet wird, welcher bekanntlich auch eine desinficirende Wirkung besitzt. Nach beendetem Dämpfprocess werden beide Drosselklappen geöffnet, um dem Dampf aus dem Apparate schnellen Abzug zu ermöglichen, wodurch das Aussehen der Kartoffeln wesentlich beeinflusst wird und was ähnliche Wirkung äussert, wie das Nachdämpfen und Schwenken der Kartoffeln nach dem Abgiessen des Wassers in Haushaltungsküchen. Dampf vom Dampfkessel entnommen kommt mit den Kartoffeln nicht in Berührung.

Die Schnellkocher für Niederdruckdampf sind kleinere doppelwandige Gefässe ohne Wasserbad und mit losen Deckeln, zum Kippen eingerichtet und auf einem gemeinschaftlichen Untersatze montirt. Dieselben dienen zu dem bereits genannten Zwecke und werden sich in kleineren Dimensionen von etwa 2,5 bis 5 Liter sehr gut auch für die sogenannten Theeküchen in den verschiedenen Flügeln, Geschossen und Baracken von Krankenanstalten mit Niederdruckdampfheizung für Herstellung heissen Wassers zu Thee u. s. w. verwenden lassen.

Während die Massen-Kaffeebereitung in einem Kessel geschieht, in welchen ein Sieb mit dem gemahlenen Kaffee eingehängt wird, wird der bessere Kaffee für bevorzugtere Klassen, Aerzte u. s. w., in einer Kaffeemaschine hergestellt, bestehend aus einem hermetisch geschlossenen Heisswassererzeuger, aus welchem das kochende Wasser in zwei seitlich auf demselben Unterbau stehende Filtergefässe über den gemahlenen Kaffee gedrückt wird, so dass die Bereitung des Kaffee, wie man zu sagen pflegt, nach „Wiener Art“ durch Ueberbrühen erfolgt.

Die Apparate, deren Werth in ökonomischer und hygienischer Richtung aus der Beschreibung sich ergiebt und welche den Erfahrungen der Neuzeit entsprechen, sind sehr glücklich in dem zur Verfügung stehenden Raume disponiert. Ihre Stellung gewährt leichte und bequeme Handhabung; dieselben sind leicht zugänglich und lassen noch genügend Platz für eine spätere Vergrösserung durch Nachbeschaffung von Apparaten, nach deren Aufstellung eine Platzbeengung nicht zu befürchten ist.

Für den Fall, dass der Dampfkessel einmal versagen sollte, ist ein Nothherd vorhanden, bestehend aus einem Kessel von 500, 300, 250 und zwei Töpfen von 30 und 40 Liter Inhalt, bei welchem directes Feuer vorhanden ist, und zwar in der Weise, dass der Hauptkessel von 500 Liter gleichzeitig als Dampferzeuger für die übrigen vier Kochapparate dient. — Die Grösse der Apparate der Haupt- und Nothküche ist auf Grund des vorhandenen Bedarfs bestimmt und erfüllt die Anlage ihren Zweck in vollem Maasse. A. H.



Die Bedeutung einer Reichs-Irrenstatistik.

Es wird bekanntlich von vielen Seiten bezweifelt, ob die ziffernmässig nachgewiesene Zunahme der Zahl der Geisteskranken, wie sie in den verschiedenen hierauf bezüglichen Statistiken zur Darstellung gelangt, eine wirkliche ist. Für die Annahme einer nur scheinbaren Vermehrung dieser Zahl wird ins Feld geführt: die grössere Genauigkeit der Zählung während der letzten Jahrzehnte, und zwar zunächst als Ausdruck des Fortschrittes der statistischen Technik, alsdann weil nicht bloss das nichtärztliche grosse Publikum (incl. Strafrichter) heute und seit den letzten Jahrzehnten zu den Psychosen solche krankhaften Geisteszustände rechnet, die man früher von diesem Gesichtspunkte aus überhaupt nicht zu betrachten pflegte, sondern auch die medicinische Wissenschaft selbst viele Krankheiten aus dem Bereich der inneren Medicin in den der Psychiatrie verschoben hat. Dass in diesem Punkte übrigens noch immer nicht die Grenze genau fixirt ist, beweist der Wortlaut des Gesetzes vom 11. Juli 1891, wonach nur Geisteskranke, Epileptiker, Idioten, Taubstumme und Blinde aufgenommen werden, während das grosse Contingent der Hysterischen, Choreatischen u. a. unberücksichtigt oder wenigstens unerwähnt bleibt. Es kommt vor, dass ein Kranker nicht aufgenommen wird, wenn der Arzt die exacte Diagnose Hysterie oder Chorea stellt. Ferner: die gesteigerte staatliche Fürsorge, die wiederum 1. die Zählung der Geisteskranken erleichtert, 2. die Lebensdauer derselben erhöht und die Ansammlung der Kranken bedingt. In welcher Weise diese scheinbaren Einflüsse zu sondern sind, um eine anderweitig verursachte Mehrerkrankung festzustellen, bleibt ein Problem der Zukunft. Und wer wollte alle diese übrigen Einflüsse in Abrede nehmen? Allbekannt ist der Eindruck, den ein blindgeborenes Kind erleidet, wenn es nach erfolgter Operation zum ersten Male die Sonne oder den Mond sieht; ähnlich dürfte man den Eindruck bemessen, den ein Mensch aus dem vorigen Jahrhundert haben würde, könnte er jetzt auferstehen und in die Verkehrsverhältnisse einer Weltstadt schauen. Bis der Mensch culturfest, wenn ich diesen Ausdruck gebrauchen darf, geworden ist, müssen noch viele geistige Erkrankungen und besonders noch sehr viele Geburten minderwerthiger Kinder auf das Conto des plötzlichen Rucks in der Bewegung nach vorwärts auf der Culturbahn gesetzt werden.

Die Bedeutung einer genauen Zählung der Geisteskranken ist bisher im deutschen Reiche nicht genügend gewürdigt worden. Meines Wissens erfreut sich nur England einer seit etwa 50 Jahren gleichmässig und mit allen möglichen Cautelen durchgeführten Statistik der Irren und ich habe an der Hand dieser Statistik schon vor einigen Jahren*) nachweisen zu können geglaubt, dass die Mächtigkeit der Factoren, welche eine wirkliche Zunahme der Erkrankungen, nicht bloss der „Fälle" bedingen, keine so grosse ist, als gemeinhin behauptet wird.

Abgesehen davon, dass eine solche Statistik, wenn sie Verwerthung verdienen darf, über eine grosse Zeitstrecke gleichmässig geführt worden sein muss, ist erforderlich, dass sie sich auch über einen möglichst grossen Raum ausdehnt, in welchem die durch die verschiedenen Lebens-, Rasse-, Bevölkerungs-, geographischen, Erwerbs- etc. Verhältnisse charakterisirten Gebiete wohlbegrenzt vorhanden sind, wie z. B. in dieser Hinsicht das Herzogthum Oldenburg, der Regierungsbezirk Niederbayern, die Provinzen Westpreussen und Posen den Provinzen Schlesien und Rheinland oder dem Industriebezirk Chemnitz gegenübergestellt werden könnten, um diese faktischen Einflüsse genau zu studiren.

Eine solche, im grossen Maassstabe angelegte Statistik müsste, namentlich wenn sich damit die Wissenschaft der graphischen Darstellung vereinigte, die hier wohl noch wenig Verwendung gefunden, ein weit über den Kreis der Psychiatrie hinaus, namentlich für den Sociologen interessantes Negativ unserer Volkskraft und Volksgesundheit liefern.

Dazu ist aber, wie schon angedeutet, dringend nothwendig, dass die Bundesregierungen sich zu einem gleichmässig basirten, gemeinschaftlichen Vorgehen bei der Aufstellung von Irrenstatistiken entschliessen; die bevorstehende Volkszählung wäre die beste Gelegenheit, den Anfang dazu zu machen. Um hierzu alsbald einen positiven Vorschlag zu geben, sei bemerkt, dass es für den oben geschilderten grösseren Gesichtspunkt der Statistik viel weniger darauf ankommt, die Geisteskranken in den Anstalten und Krankenhäusern zu zählen (das kann man ja jeden beliebigen Tag ohne Schwierigkeiten machen), als vielmehr darauf, die Zahl der ausserhalb der Anstalten in Familien, Siechen-, Armen- und Arbeitshäusern etc. sich aufhaltenden genau festzustellen und die hospitalisirten Geisteskranken etc. (auch die der Irren-

*) Münchener Neueste Nachrichten 1895. Journal of mental science 1895.



anstalten) ebenso wie die in ihren Familien untergebrachten in ihrem Heimathsorte in Anrechnung zu bringen. Dies ist die erste Voraussetzung, wenn die Irrenstatistik sociologische Bedeutung erlangen und wenn das Irresein oder vielmehr das Irrewerden zu dem Milieu und seinen einzelnen Faktoren in klare und praktisch verwerthbare Beziehung gebracht werden soll; alles Andere würde sich dann leicht von selbst ergeben.

Wir fügen hier eine Tabelle aus Guttstadt's Krankenhauslexikon II. Th., S. 217, bei, aus der schon für die preussischen Landestheile die eminente zeitliche und örtliche Verschiedenheit der Frequenz der Geistesstörungen deutlich hervorgeht, während andererseits darin Daten auftauchen, die wegen ihres Missverhältnisses zu den betreffenden übrigen Quotienten noch der Aufklärung bedürfen (z. B. in der Rubrik: „auf 10 000 Ortsanwesende kommen Geisteskranke" die auffällige Abnahme bei den Provinzen Schleswig-Holstein, Hannover und Westfalen). Es sei bei dieser Gelegenheit auf eine demnächst in dieser Wochenschrift erscheinende Studie des russischen Psychiaters Jakowenko aufmerksam gemacht, der in seinem Heimathsbezirke eine gewisse Periodicität in der Ansammlung der Geisteskranken beobachtet zu haben glaubt.

Bresler.

Die Anzahl der Geisteskranken überhaupt im Vergleiche zur Bevölkerungszahl und zu den Insassen der Irrenanstalten am 1. December 1871, 1880 und 1895 im Staate und in den Provinzen.

Staat, Provinzen	Geisteskranke in der Bevölkerung überhaupt			Auf 10 000 Ortsanwesende kommen Geisteskranke		
	1871	1880	1895	1871	1880	1895
Staat	55 043	66 345	82 850	22,4	24,3	26,0
Provinzen:						
Ostpreussen	3 674	4 044	4 641	20,2	20,9	23,1
Westpreussen	2 519	2 961	3 347	19,2	21,1	22,4
Stadtkreis Berlin*)	1 006	1 985	4 824	12,2	17,7	28,7
Brandenburg	4 128	5 695	7 618	20,3	25,1	27,0
Pommern	2 734	3 418	4 273	19,1	22,1	27,1
Posen	2 349	2 738	3 586	14,8	16,1	19,6
Schlesien	6 334	8 357	11 181	17,1	20,9	25,3
Sachsen	4 088	4 809	5 524	19,4	20,8	20,5
Schleswig-Holstein	3 710	3 800	3 897	37,3	33,7	30,3
Hannover	5 827	6 317	6 647	29,7	29,8	27,4
Westfalen	4 651	5 348	6 881	26,2	26,2	25,5
Hessen-Nassau	4 039	4 715	5 428	28,8	30,3	30,9
Rheinland und Hohenzollern	9 984	12 158	15 003	27,4	29,4	29,0

*) einschliesslich Dalldorf.

Staat, Provinzen	Geisteskranke in Irrenanstalten			Von 100 Geisteskranken überhaupt sind in Irrenanstalten		
	1871	1880	1895	1871	1880	1895
Staat	11 760	18 894	43 711	21,4	28,5	52,8
Provinzen:						
Ostpreussen	357	578	2 026	9,7	14,3	43,7
Westpreussen	352	434	1 155	14,0	14,7	34,5
Stadtkreis Berlin*)	560	1 193	3 293	55,7	60,1	68,3
Brandenburg	1 257	1 941	4 369	30,5	34,1	57,4
Pommern	302	765	2 042	11,0	22,4	47,8
Posen	176	366	1 281	7,5	13,4	35,7
Schlesien	1 209	2 228	5 906	19,1	26,7	52,8
Sachsen	762	1 333	2 757	18,6	27,7	49,9
Schleswig-Holstein	943	1 181	2 171	25,4	31,1	55,7
Hannover	1 461	2 119	3 331	25,1	33,5	50,1
Westfalen	907	1 285	3 458	19,5	24,0	50,3
Hessen-Nassau	967	1 497	3 238	23,9	31,7	59,7
Rheinland und Hohenzollern	2 507	3 974	8 684	25,1	32,7	57,9

*) einschliesslich Dalldorf.

Mittheilungen.

— Aus der Sitzung des **schlesischen Provinzial-Ausschusses** vom 29. und 30. August: Zur Bestreitung der Kosten des Haushalts des Provinzialverbandes von Schlesien für das Rechnungsjahr 1899 ist ein Zuschuss von 1 250 000 Mk. und zur Deckung der Kosten des Landarmen- und Corrigendenwesens in Schlesien ein solcher von 1 560 000 Mk. erforderlich, welche Beträge durch Steuern aufzubringen sind. — Die Ländereien der Provinzial-Irrenanstalt zu Tost wurden um 4,84 ha vergrössert. — Für die Provinzial-Irrenanstalt zu Leubus, welche landwirthschaftlich nutzbare Ländereien zur Beschäftigung von Kranken noch nicht besitzt, wird ein von der Anstalt 2 km entferntes Bauerngut von ca. 340 Morgen für 175 000 Mk. angekauft werden. Im Wohnhause des Gutes sollen Wohnräume für 10 weibliche Kranke eingerichtet und der Bau eines Wohnhauses für 50 Männer auf dem Gute in Aussicht genommen werden. (Schles. Ztg.)

— **Tagesordnung** der vierten Jahresversammlung des Vereins abstinenter Ärzte in München am 17. September im Saale der Abtheilung für Neurologie und Psychiatrie (Polytechnicum) 3 Uhr Nachmittags:

1. Geschäftliches.
2. Kraepelin-Heidelberg: Neuere psychologische Erfahrungen über die Alkoholwirkung.
3. Colla-Finkenwalde: Neuere klinische Erfahrungen über die Alkoholwirkung.
4. Bunge-Basel: Über die zunehmende Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen und der Zusammenhang dieser Unfähigkeit mit dem Alkoholismus.

Nach der Sitzung ein gemeinsames Essen im Hôtel Souchy, Schillerstrasse.

— **Aus Böhmen.** Die Dienstverhältnisse der Secundärärzte in den königlichen böhmischen Landesirrenanstalten erhielten heuer eine wesentliche Aufbesserung dadurch, dass das Provisorium derselben, das bisher vier Jahre betrug, auf ein Jahr verkürzt wurde, worauf der Secundärarzt ein definitiver, pensionsberechtigter Landesbeamter wird. Der jährliche Baargehalt des provisorischen Secundärarztes beträgt 700 Gulden nebst freier Wohnung, Beleuchtung, Beheizung und Kost nach der ersten Verpflegungsklasse, wozu noch in den ausserhalb Prags gelegenen Irrenanstalten ein Personalbeitrag von 200 Gulden hinzukommt. Die definitiven Secundärärzte sind in zwei Kategorien mit 700 und 800 Gulden Baargehalt und freier Station eingetheilt. Nach Ablauf von vier Jahren erhält der Secundärarzt 1000 Gulden Baargehalt nebst freier Station. Die Quinquenalzulagen wureen auf 200 Gulden erhöht.

— Auf dem im nächsten Jahre in **Brüssel** stattfindenden Congress der internationalen strafrechtlichen Vereinigung werden u. A. folgende Referate erstattet werden: Nach welchen Grundsätzen ist der ärztliche Dienst in den Strafanstalten einzurichten? Wie ist eine regelmässige ärztliche Untersuchung der Gefangenen auf ihren körperlichen und geistigen Zustand zu bewerkstelligen? und: Wie weit erstreckt sich die Competenz des Arztes bei der Beköstigung, Beschäftigung, Bekleidung und Bestrafung der Gefangenen?

Psychiatrischer Brief aus Utrecht.

Der Sommer des Jahres 1899 wird wohl in jedem holländisch-psychiatrischen Herzen die freudigen Erinnerungen an zwei glückliche Ereignisse hinterlassen, die eine wichtig als Zurückblick auf das Vergangene, die andere als leuchtender Leitstern für die Zukunft. Ich meine die Feier des 50jährigen Jubiläums der ältesten ländlichen Irrenanstalt in Holland, Meerenberg, und die Errichtung eines Lehrstuhls für Psychiatrie an der Reichs-Universität in Leiden.

Wie ich schon in meinem Aufsatze über „das holländische Irrenwesen“ hervorhob, wurde vor 50 Jahren die Anstalt Meerenberg eröffnet, damals die erste Irrenanstalt, welche speciell für die Verpflegung von Geisteskranken erbaut worden war, und dadurch über alle anderen Anstalten hervorragend. Diesen ersten Rang hat Meerenberg in diesen 50 Jahren beizubehalten gewusst; noch steht diese grosse Einrichtung an der Spitze unserer Irrenpflege und verdient sie ihren ausgezeichneten Namen. Von hier aus wurde in Holland der Anstoss gegeben für die immer mehr zunehmende Bedeutung des weiblichen Pflegepersonals.*)

Zur Ehre dieses Jubiläums erschien eine Festnummer der „Psychiatrische und Neurologische Bladen“, welche, beinahe 200 Seiten umfassend, eine Menge interessanter Aufsätze enthält, alle von der Hand von Collegen, welche als Anstaltsärzte in Meerenberg wirken, oder dort früher als solche beschäftigt waren.

Unter diesen letzteren finden wir auch den Namen des Dr. Helgersma, der im Monat September in Leiden als Professor der Psychiatrie seine Antrittsrede halten wird. Beim klinischen Unterricht in der Psychiatrie wird er nicht nur die Kranken der in der Nähe sich befindenden Anstalt „Endegeest“ demonstrieren können, sondern er wird auch eine Klinik erhalten für Kranke mit functionellen Neurosen. Hiermit ist auch praktisch zugegeben, dass die Neurasthenie und Hysterie zum Gebiete der Psychiatrie gehören, was gewiss in den Augen jedes Fachmannes als bedeutender Fortschritt gelten wird.

*) Vgl. die Mittheilung über das Meerenberger Pflegerinnenheim und die dortigen Unterrichtscurse in Nr. 22 dieser Wochenschrift.



Es war hier übrigens ein besonderer Grund vorhanden, dem Professor, der nur Psychiatrie und nicht Neurologie zu dociren haben wird, auch die functionellen Neurosen zuzuweisen, da Dr. Helgersma sich durch sein Lehrbuch der functionellen Neurosen gerade auf diesem schwierigen Gebiete als gründlicher Sachverständiger bekannt gemacht hat.

Die Errichtung einer Klinik für solche Kranke wird, sei es auch nur teilweise, eine grosse Lücke ausfüllen, denn jeder Arzt hat unendlich oft ein tiefes Bedauern gefühlt über den gänzlichen Mangel an einer Gelegenheit, armen Patienten, welche nervenoder gemüthskrank, aber nicht geisteskrank sind, die ihnen gebührende Pflege und Behandlung zukommen zu lassen. Möge eine solche Klinik der erste Schritt sein zu weiteren Maassnahmen in dieser Richtung, und endlich dazu führen, den Missstand zu beseitigen, der es bei armen Patienten so oft als eine Erlösung erscheinen lässt, wenn endlich eine gemeingefährliche Handlung oder ein Suicidversuch dem längst Pflegebedürftigen das Thor der Anstalt öffnet.

Auch eine grosse Menge anderer Kranker, deren Leiden sich in irgend einer Weise der Geisteskrankheit nähert, für welche aber die Irrenanstalt nicht die am meisten geeignete Pflegestätte ist, werden allmählich mehr und mehr berücksichtigt. Hoffentlich wird die Uebersiedelung von noch einigermaassen bildungsfähigen Idioten und Imbecillen aus den Irrenanstalten nach für diesen Zweck eigens eingerichteten Idiotenanstalten weiter fortschreiten.

Auch einen grossen Schritt zur allmählichen zweckmässigen Fürsorge für die Trinker hat die Regierung in letzter Zeit gethan, als sie unser Trinkerasyl „Hooghullen" durch financielle Unterstützung in die Lage versetzte, mehr als zuvor arme Trinker zu pflegen und die Möglichkeit zu gewähren, dass ein in einer Anstalt von seinem Delirium hergestellter Patient nicht nur von seiner acuten Störung, sondern nachher auch von seiner üblen Gewohnheit befreit wird.

So wird hoffentlich die staatliche Fürsorge immer mehr um sich greifen, nicht allein die Irren, sondern auch andere in psychischer Hinsicht schwache und hilfsbedürftige Unglückliche in Betracht ziehend. Wann wird die Zeit kommen, dass sich auch diejenigen Personen der Fortschritte der Psychiatrie zu erfreuen haben werden, die jetzt noch der Gefahr ausgesetzt sind, Strafe an Stelle von Pflege zu bekommen?

Ein trauriges Beispiel eines solchen Falles hat wieder das letzte Jahr geliefert. Ein Herr V. erschoss auf offener Strasse zwei Frauen, seine eigene Gattin und ihre Freundin. Die psychiatrische Untersuchung des Verhafteten, von verschiedenen Sachverständigen vorgenommen, führte nicht zu übereinstimmenden Resultaten. Zwei der Sachverständigen erklärten ihn für geistig gesund, zwei andere später für geisteskrank. Die Gerichtsverhandlung wurde durch diese sich widersprechenden Aussagen unendlich in die Länge gezogen, bis schliesslich der Sache dadurch ein Ende gemacht wurde, dass der Angeklagte sich im Gefängniss während der Präventivhaft durch Erhängung das Leben nahm.

Was sich in dieser Sache an erster Stelle wieder als grosser Mangel gezeigt hat, ist die bei unserer jetzigen Gesetzgebung bestehende Unmöglichkeit, einen Angeklagten, bei welchem Geisteskrankheit vermutet wird, zur Untersuchung in eine Anstalt zu überführen. Diese Untersuchung muss jetzt im Gefängniss erfolgen und durch diese sehr mangelhafte Beobachtung wird es nur zu leicht möglich, dass selbst, wenn sehr geschulte Psychiater in solchen Sachen zu Rathe gezogen werden, diese noch zu fehlerhaften Schlüssen kommen. Das unglückliche Ende dieses forensisch-psychiatrischen Falles hat jedenfalls das Gute geleistet, dass es einige, von juristischer Seite stammende Aufsätze in Zeitungen zeitigte, welche auf diesen Punkt noch einmal die Aufmerksamkeit lenkten.

Ich kann diesen Brief nicht abschliessen, ohne mit einem Worte der historisch-medicinischen Ausstellung zu gedenken, welche beim 50jährigen Jubiläum der „Nederlandsche Maatschappy tol Bevorderung der Geneeskunst" in Arnheim im Juli stattgefunden hat. Auf dieser Ausstellung hat auch die Irrenpflege einige ihrer alten Waffen und neuen Heilungsmittel einander gegenüber gestellt. Leider kann ich meinen Lesern hierüber wenig sagen, da ich zu meinem Bedauern verhindert wurde, diese überaus wichtige und lehrreiche Sammlung zu sehen. Gewiss aber wird es Viele interessieren, dass von psychiatrischer Seite beabsichtigt wird, die dort ausgestellten Sachen, die, früher in Irrenanstalten tagtäglich angewendet, jetzt nur noch grosses historisches Interesse haben, bleibend zu einem Ganzen zusammenzuhalten und so den Grund zu legen zu einem historisch-psychiatrischen Museum, das ohne Zweifel dazu beitragen kann, den Laienaugen deutlich zu zeigen, wie die Irrenanstalten ihren gefängnissartigen Charakter ganz abgelegt und ihre alte Schale der Studie des Historikers anheim gegeben haben, um aus ihrem medicinischen Kern das Heil der unglücklichsten der leidenden Menschheit emporsprossen zu lassen.

16. August 1899.

Dr. M. J. van Erp Taalman Kip.

Bücherschau.

Die hypnotische Suggestion und ihre Heilwirkungen. Von Dr. med. Tatzel. Leipzig 1899. Verlag von Johann Ambrosius Barth. 64 Seiten 8°.

Das Heftchen enthält über 40 Krankengeschichten aus der Praxis des Verf., deren Zusammenstellung den Werth der hypnotischen Suggestion veranschaulichen soll, die nach der Meinung des Verf. noch zu wenig geübt wird. Die meist sehr kurz gefassten

Krankengeschichten führen Fälle verschiedenster Art an, doch ist der objective Befund entweder gar nicht erwähnt oder nur so kurz angedeutet, dass der Leser nicht im Stande ist, sich über die Diagnose ein eigenes Urtheil zu bilden; auch die Abbildungen, die einzelnen Fällen beigegeben sind, vermögen diesen Mangel nicht zu ersetzen. Insbesondere wird bei den Fällen, die als „Lähmung nach Schlaganfall", „Lähmung nach Scharlach", „Facialislähmung", „Stimmbandlähmung" u. s. w. bezeichnet werden, sowie bei den verschiedenen Fällen von „Krämpfen" jede Angabe über den Befund am Nervensystem vermisst. Die Behandlung bestand — so weit sich dies aus den ebenfalls meist sehr kurzen Andeutungen entnehmen lässt — fast durchweg in Suggestionen während des hypnotischen Schlafes, und es erscheint auffallend, dass bei dieser Methode, die in einzelnen Fällen monatelang angewandt wurde, von üblen Folgen nichts zur Beobachtung kam.

Erstaunlich ist der in einzelnen Fällen erzielte Erfolg; wenn Verf. z. B. berichtet, dass es ihm gelang, eine Dame mit Nierenkrebs in 10 hypnotischen Sitzungen dauernd (bis zu ihrem Tode) von Schmerzen zu befreien und in einem anderen Falle Schmerzen und Stiche beim Husten einer an Lungenschwindsucht leidenden Frau ebenfalls dauernd zu beseitigen, so möchte man wohl annehmen, dass hier ganz besonders günstige Umstände zusammengewirkt haben — jedenfalls dürfte in den meisten derartigen Fällen ein solcher Erfolg nicht zu erzielen sein. Wenn aber Verf. weiterhin angiebt, dass ein krampfkrankes Mädchen durch hypnotische Behandlung innerhalb 14 Tagen von ihren Krämpfen „gänzlich befreit" worden sei und hinzufügt, dass er die Patientin seitdem nicht mehr gesehen habe, so giebt er damit begründeten Anlass zu Zweifeln an der Objectivität seiner Beobachtungen.

Verf. wendet sich nicht an den mit dem Wesen und der Anwendung der Hypnose Vertrauten — dem er wesentlich Neues nicht bringt —, sondern an diejenigen Aerzte, die der Suggestionstherapie noch mit Misstrauen gegenüberstehen; es ist daher besonders zu bedauern, dass seine Schilderung die Meinung aufkommen lässt, als ob die Anwendung der Hypnose überaus leicht und stets von bestem Erfolg begleitet sei. Nur zu leicht folgen daraus Enttäuschungen, die das Misstrauen verstärken und von ernsthaften Versuchen abschrecken.

Stegmann-Dresden.

Irwin H. Neef (Eastern Michigan Asylum, Poutiac): Prognose und Dauer der acuten Geistesstörungen (Factors in the prognosis and duration of the acute insanities.

(The quaterly Journal of Insanity 1899, Januar.)

Unter acuten Geistesstörungen versteht N. acute Manie und acute Melancholie. Seine statistischen Aufstellungen, deren Werth dadurch leidet, dass er nicht angiebt, was er unter acuter Manie und unter acuter Melancholie versteht (sicher verbergen sich darunter zahlreiche Fälle von Amentia, die ja als die acute Geistesstörung *κατ' ἐξοχὴν* bezeichnet werden kann), beziehen sich auf die bis zum November 1897 in die Irrenanstalt aufgenommenen Kranken, wobei nur die zum ersten Mal aufgenommenen Fälle berücksichtigt sind, während alle zweifelhaften Fälle und alle Fälle von Melancholie von über zweijähriger und alle Fälle von Manie von über einjähriger Dauer ausgeschlossen wurden.

Von den 322 Fällen von Manie (46,7% M., 53,2% W.) heilten 190 = 58,7%, 65 = 69,6% wurden gebessert, 43 = 12,9% starben, 17 = 5,1% blieben ungeheilt.

Von den 800 Fällen von Melancholie (53,8% M., 46,2% W.) heilten 282 = 35,2%, 112 = 14% starben, 250 = 31,2% wurden gebessert, 81 = 10,1% blieben ungeheilt.

Bei der Manie waren 54,4%, bei der Melancholie 46,5% belastet. Die Dauer der Krankheit vor der Aufnahme betrug bei 38% der Fälle von Manie und 9,7% der Fälle von Melancholie weniger als 1 Monat, bei 49,9% resp. 46,8% 1—6 Monate, bei 13% resp. 23,5% 6 Monate bis 1½ Jahre.

Von den Heilungen traten bei der Manie 81,5% und bei der Melancholie 65,9% nach sechsmonatlichem Bestande ein, von den Besserungen bei der Manie 90% und bei der Melancholie 59,2% nach sechsmonatlichem Bestand; von den Todesfällen bei der Manie 100%, bei der Melancholie 69,2% nach sechsmonatlichem Bestand.

48,9% der geheilten Fälle von Manie und 43,5% der geheilten Fälle von Melancholie waren hereditär belastet.

Die Schlussfolgerungen, zu denen Verfasser kommt, sind:

1. Acute Melancholie ist doppelt so häufig wie acute Manie. 2. Die Heilungsquote ist bei der acuten Manie höher als bei der acuten Melancholie. 3. Viele Fälle von Melancholie, die ungeheilt entlassen wurden, genasen nachträglich. 4. Hereditäre Prädisposition bleibt ein wichtiger Factor bei den beiden Psychosen, für die Prognose ist dieselbe aber ohne Belang. 5. Bei der Manie ist die hereditäre Belastung häufiger. 6. Bei der Melancholie ist die Dauer vor der Aufnahme grösser, daher erklärt sich vielleicht die geringere Zahl der Heilungen. 7. Bei den Männern kommt die Melancholie, bei den Frauen die Manie häufiger vor (entspricht sicher nicht den Thatsachen, was die reine Melancholie und und die reine Manie betrifft, in Wirklichkeit ist es umgekehrt. Ref.). 8. Die Zahl der Heilungen ist nach sechsmonatlicher Behandlung bei der Manie grösser als bei der Melancholie.

Hoppe.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 25. 16. September 1899.

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mark. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Die Einweihung der Anstaltskirche*) in der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe (Altmark)

steht für den 15. October cr. bevor. Es wird zugleich die erste feierliche Uebergabe der ganzen Anstalt stattfinden, die vor 5 Jahren begonnen wurde, von Jahr zu Jahr erweitert worden ist und nun mit der Fertigstellung des grossen schönen Gotteshauses einen gewissen Abschluss findet.

Die neue Kirche erhebt sich in unmittelbarem Anschluss an die Anstaltsgebäude auf einer von Wald umgebenen Erhöhung und beherrscht mit ihrem 50 m hohen Thurm nicht bloss das ganze Anstaltsgebiet, sondern auch die umliegende Gegend weithin. Der grosse, stolze, besonders kraftvolle Bau sagt es den Insassen und den Nachbarn und den vielen Besuchern der Anstalt, dass es sich hier nicht bloss um ein Anstaltskirchlein im gewöhnlichen Sinne, sondern um das Gotteshaus einer grossen, aus Kranken und Gesunden zusammengesetzten Parochie handelt. Drei Glocken werden die Gemeinde zu den schönen Gottesdiensten rufen; eine Orgel mit 18 Registern wird den Gesang begleiten; das kreuzförmige, 16 m hohe Schiff bietet die Sitzplätze für die Patienten, die bei Anfällen in je einer anstossenden Krankenkammer für männliche und weibliche Patienten aufgenommen werden können; für die Beamten der Anstalt sind ausreichende Plätze auf der Orgelempore vorgesehen.

Kranke wie Gesunde — jene in höherem Maasse — nehmen an dem Wachsthum und der Vollendung der Kirche regen Antheil und freuen sich auf die Zeit, wo wir werden „hingehen mit dem Haufen und mit ihnen wallen zum Hause Gottes mit Frohlocken und Danken unter dem Haufen, die da feiern", — nicht so, als ob es an kirchlicher Versorgung bisher gänzlich gefehlt oder überhaupt nur gemangelt hätte.

Der im selbstständigen Amte angestellte Geistliche war unter den ersten Beamten, die vor 5 Jahren in den wenigen Anstaltsgebäuden einzogen, als noch gar keine Kranken dort untergebracht waren. Schon damals wurde in einem grösseren Zimmer mit Gottesdiensten für die wenigen Beamten und deren Familien, sowie für die von der Zwangsarbeitsanstalt in Zeitz nach Uchtspringe zur Arbeit commandirten Corrigenden begonnen. Nachdem ein Vierteljahr später die ersten Kranken aus Gross-Salze und Mühlhausen in die Anstalt überführt worden waren, wurden die

*) Abdruck in der Tagespresse erlaubt.



Gottesdienste zunächst auf den Krankenstationen gehalten. Gleich darauf baute man eine schmucke Capelle, in der wegen der geringen Anzahl der Sitzplätze — es sind deren etwa 100 — sonntäglich dreimal Gottesdienst gehalten werden musste. Seit der letzten Weihnachtsfeier sind deshalb die Gemeindegottesdienste in den geräumigen, lichten Festsaal des Gesellschaftshauses verlegt, also zu einer Zeit, da der Bau der neuen Kirche bereits begonnen war. Dieser Saal ist seitdem jeden Sonntag meist bis auf den letzten Platz besetzt, so dass von den in Uchtspringe befindlichen etwa 900 Patienten regelmässig gegen 400 am Gottesdienste theilnehmen. Ausserdem findet für solche männliche und weibliche Patienten, die nicht zum öffentlichen Gottesdienste kommen können, je ein Wochengottesdienst auf der Station statt, an dem sich auch die übrigen Patienten wieder betheiligen können. — Auch die von der Direction gewünschten regelmässigen Abendandachten auf den einzelnen Stationen, die von den Pflegern und Pflegerinnen oder — wo es angeht — auch abwechselnd von den Patienten selbst gehalten werden, bürgern sich mehr und mehr ein, so dass man bei einem abendlichen Rundgang zwischen den zahlreichen erleuchteten Anstaltsgebäuden hin hier von kräftigen Männerstimmen das Lied: „Mir nach spricht Christus unser Held“ singen hören kann, während man dort in der offenen Frauenvilla gerade den Gesang anstimmt: „Ach bleib mit deiner Gnade“ und im Mädchenhaus die älteren Schülerinnen ihr eben gelerntes Lied zweistimmig in den Abend hinaussingen: „Der Mond ist aufgegangen, die goldnen Sternlein prangen am Himmel hell und klar.“ Nach dem einleitenden Gesang verläuft die Andacht meist in der Weise, dass eine vom Geistlichen ausgesuchte und durch Lesezettel wöchentlich bekannt gegebene Bibelstelle gelesen wird, woran sich der Abendsegen und das gemeinsam gesprochene Vaterunser anschliesst. Gesang und stilles Gebet schliessen die kurze Andacht, worauf alle ruhig ihr Nachtlager aufsuchen. Um etwas mehr Abwechselung in diese Andachten zu bringen und das gelesene Schriftwort auch zu erläutern, sind neuerdings einzelne Andachtsbücher aus der Bibliothek auf die Stationen gegeben worden. Kleinere Andachts- und Gebetbücher, sowie Bibel und Gesangbuch befinden sich vielfach im Besitz der einzelnen Patienten oder stehen wenigstens zu ihrer Verfügung.

Die Stationen, die Capelle und der Festsaal sind bis jetzt die Stätten des äusseren kirchlichen Lebens, soweit es vom Geistlichen geleitet oder beeinflusst werden kann. Die Capelle wird auch fernerhin für die Begräbnissfeiern, für andere kleine Gottesdienste und den Confirmandenunterricht verwendet werden. Aus dem Festsaale werden wir nun bald ausziehen, dankbar dafür, dass wir doch bis jetzt ein so gutes Unterkommen gefunden haben, dankbar besonders der Landes- und der Anstaltsdirection, die mit allem Fleiss und mit grosser Liebe dafür gesorgt haben, dass wir nun in ein grosses schönes Gotteshaus einziehen dürfen. C. Scheffen, Pastor.



Sollen die mit freier Verköstigung angestellten Beamten der Irrenanstalten für die Zeit des Urlaubs eine baare Kostentschädigung erhalten?

Auch in diesem Punkte des deutschen Irrenwesens herrscht wie in so vielen anderen eine verschiedene Handhabung.

Im Allgemeinen (wenigstens in Preussen) erhalten die mit freier Verköstigung Angestellten (unverheirathete Aerzte, Pflegepersonal) für die Zeit ihres Urlaubs, sei es ein kürzerer oder längerer, keine Baarvergütung. Hier und da werden die Pflegepersonen schon mit der Clausel angestellt, dass sie nur während ihres Aufenthalts in der Anstalt freie Verköstigung geniessen.

Es ist vielleicht nicht von Bedeutung, aber es verdient doch nebenbei bemerkt zu werden, dass, wenn bei der Angabe der Gehaltsbezüge zum Zweck der Steuereinschätzung die Emolumente ohne jenen Abzug, der den Auslagen für Selbstbeköstigung während eines Urlaubs entspricht, aufgerechnet werden, diese Rechnung nicht exact ist. Nehmen wir den Verpflegungssatz pro Kopf (Pfleger) und Tag gleich 60 Pfg. an (bei der Selbstbeköstigung während des Urlaubs dürfte er sich nicht so niedrig stellen), so kostet z. B. dem verheiratheten Pfleger die bescheidene Vaterpflicht, 14 Tage im Jahre bei seiner Familie zu sein, einmal einen fortlaufenden Einblick in den Gang der Erziehung seiner Kinder zu thun etc., 8,40 Mk. Dazu kommt noch, wenn er jeden zweiten Sonntag von Nachmittag bis nächsten Morgen frei hat, 26 mal die Auslage für das Abendbrot (ca. 10 Pfg.); nehmen wir an im Ganzen 2,60 Mk. und wenn er



einmal in der Woche solchen Ausgang hat, dazu 52×10 Pfg. = 5,20 Mk., im Ganzen 16,20 Mk. Jede längere Erholung vom Dienst kostet ihn also schon eine Extraausgabe, wenn er während der Erholung nur seinen Hunger stillen, nicht einmal etwas Besonderes sich anthun will.

Wie ist es nun, wenn der Pfleger seinen Urlaub in der Anstalt verlebt? Denn da er freie Wohnung in der Anstalt geniesst, hat er doch auch das Recht, während des Urlaubs in der Anstalt zu wohnen. Soweit die Bestimmung vorhanden, dass die freie Beköstigung stattfindet, solange sich der Angestellte in der Anstalt befindet, scheint hier keine Schwierigkeit obzuwalten.

Es ist aber die Frage, ob die Art, wie das Personal in der Anstalt wohnt, den von ihm bewohnten Raum (oder vielmehr Luftcubus) zu einer solchen Wohnung macht, für welche ihm jener Anspruch zusteht. Die Verneinung dieser Frage enthält zugleich das Zugeständniss, dass es keine Dienstwohnung, sondern ein Arbeitsraum ist, in welchem der Pfleger bezw. die Pflegerin lebt, und somit das Personal täglich 24 Stunden im Dienst sich befindet, zu welcher Behauptung man ja übrigens auch ohne diese auf die Wohnungsfrage hinauslaufende Beweisführung gelangt ist.

Das Personal der Strafanstalten und Landarmen- und Arbeitshäuser befindet sich in dieser Hinsicht in einer klaren und viel günstigeren Situation.

Schon vom Standpunkte des gewöhnlichen Sprachgebrauchs wohnt das Personal überhaupt den ganzen Tag gar nicht, auch nicht einmal, wenn es seine Urlaubsstunden in der Anstalt verbringt, denn zum Wohnen gehört neben einem Mindestmaass von Comfort, sei es ein eigener Tisch, Waschtisch und andere nothwendige kleine Sachen, das Recht, über den Raum verfügen, sich in ihn nach Belieben zurückziehen zu können. Das Personal geniesst im Dienstraum freie Schlafstelle, ist die einzig richtige juristische Definition, wozu noch als sehr wichtig zu ergänzen ist, dass es im Schlafe zur dienstlichen Disposition steht. Nicht die durch die eigenartige Verfassung einer Irrenanstalt bedingte Nothwendigkeit, sondern die liebe Gewohnheit, vermöge deren die Irrenanstalten die Jahrhunderte lange, stiefmütterliche Behandlung seitens der Gesellschaft als etwas Rechtes empfinden, lässt diese abnormen Umstände für normale ansehen. Schüchtern wagt man es hier und da, dem Personal ein „Stübchen“ oder zwei zur Erholung einzuräumen. Wie es eigentlich sein muss, zeigt die Errichtung von Pflegerinnenheimen in ausländischen Anstalten.

Da sich das Personal nun in einem Dienstraume aufhält, ist es logisch, dass es während der Zeit des Urlaubs, wenn es also nicht im Dienst ist, sich davon fernhält; theils erfordert dies auch der Dienst, theils ist dies auch für den Pfleger die erste Bedingung, um dem Urlaub etwas Geniessbares abzugewinnen; daher muss der Urlaub vernünftiger Weise immer ausserhalb der Diensträume der Anstalt verbracht werden, und indem wir mit dem in die Ferien reisenden Angestellten die Anstaltspforte verlassen, stehen wir eben wieder vor der Beköstigungsfrage, von der wir oben ausgingen.

Nur ganz vereinzelt ist die Bestimmung getroffen, dass den Angestellten während des Urlaubs der Ausfall der Beköstigung baar vergütet wird; das Königreich Sachsen ist hierin wie in manchen anderen Angelegenheiten des Irrenwesens vorangegangen: in den königlich sächsischen Anstalten wird den Hilfsärzten und dem Pflegepersonal auf die Zeit ihrer Beurlaubung Kostentschädigung gewährt; selbstverständlich nicht den etwa Anstaltskost entnehmenden Anstaltsärzten, Bureaubeamten und Oberpflegepersonal, welchen die Kost in ihren Dienstbezügen nicht mit berechnet wird. Dem Königreich Sachsen zur Seite steht, wenn auch nicht mit ganz der gleichen Freigebigkeit, so doch mit dem vollsten Wohlwollen für die in Rede stehenden Beamten, das Grossherzogthum Baden und die Verwaltung der Provinz Brandenburg; in diesen Bereichen wird ebenfalls den mit freier Verpflegung angestellten Anstaltsbeamten und Pflegepersonal für die Zeit ihres Urlaubs der auf die freie Verpflegung fallende Betrag baar vergütet — aber nur, wenn der Urlaub die Zeit von 8 Tagen und darüber andauert; für einzelne Tage oder für Urlaub unter 8 Tagen wird nichts rückvergütet; vielleicht ist dies eine sehr weise Einrichtung, durch die einerseits das Personal davon abgehalten wird, durch häufige tageweise, aus minderwerthigen Anlässen erbetene Dispense sich das Anrecht auf einen continuirlichen, wirksamen Erholungsurlaub zu verscherzen, andererseits die Constanz der Krankenpflege und Beaufsichtigung gefördert wird.

Es ist nicht anzunehmen, dass die, welche in den erwähnten Regierungs- bezw. Verwaltungsbereichen jene gegenüber dem Verfahren anderer Regierungen und Behörden sehr hochherzig erscheinenden Bestimmungen einführten, damit geglaubt haben, mehr als Billiges zu thun.



Fuhrmann Henschel.

Ein Gutachten von *Eduard Hess*-Stephansfeld i. E.

Der in den sechziger Jahren zu X., einem Badeort in der Gegend von Freiburg in Schlesien, verstorbene Fuhrmann Wilhelm Henschel war zur Zeit seines Ablebens etwa fünfundvierzig Jahre alt. Ein Mann von athletischem Körperbau und herkulischer Kraft, von der er oft Proben gegeben, hatte er einen friedlichen und harmlosen Charakter und gegen alle Menschen eine wohlwollende Gesinnung, wenn sein Auftreten auch etwas derb und polternd war, was bei einem tagtäglich mit seinen Pferden beschäftigten Fuhrmann ja nicht auffallen kann. Auf den ersten Blick ein einfaches Gemüth ohne Feinheiten, fehlten seiner Seele doch zartere Regungen nicht. Die Fähigkeit zu einer heiteren Auffassung des Lebens ging ihm ab, er konnte nichts leicht nehmen und neigte zum Grübeln und Aberglauben. Im Denken und Entschliessen etwas langsam und schwerfällig hatte er doch ein treffendes Urtheil, und man holte sich gern Rath bei ihm. Dagegen fehlte ihm der Blick für die schlechten Eigenschaften seiner Nebenmenschen, aber nicht aus Mangel an Intelligenz, sondern weil es in seinem Charakter lag, die andern Leute für ebenso geradeaus und ehrlich und gut zu halten, wie er selbst war. Sein Fuhrwesen — er betrieb unter Anderem den Omnibusverkehr des Badeorts mit Freiburg — besorgte er fleissig und mit Gewinn, denn seine Vermögensverhältnisse waren so günstige, dass er Geld ausleihen konnte. Er lebte auch nicht in den Tag hinein, sondern rechnete mit der Zukunft und der Umgestaltung der Verkehrsverhältnisse durch den um sich greifenden Eisenbahnbetrieb; da der Omnibusdienst allmählich aufhören werde, dachte er daran, sich anzukaufen und eine Wirthschaft zu führen. Seine Lebenshaltung war eine einfache, insbesondere war er nicht dem Trunk ergeben.

Im Februar 186. starb Henschel's erste Frau. Sie hatte, auf den Tod krank, ihrem Mann das Versprechen abgenommen, die Magd Hanne Schäl nicht zu heirathen; sie hasste diese Person, die der Kranken gegenüber sich sehr unfreundlich und rücksichtslos benahm, weniger aus dieser Ursache als in Folge des Verdachts, die Hanne suche den Henschel für sich zu ködern. Frau Henschel fühlte als Sterbende sich der Dirne im Wege, und auch ihrem Manne gehe ihr Verenden zu langsam. Henschel gab damals das Versprechen ohne Falschheit, aber nur unwillig; denn der Verdacht seiner Frau erschien ihm nichtig, die eine oder andere Gefälligkeit, die er der Magd erwiesen, war nicht der Rede werth; und ausserdem glaubte er gar nicht daran, dass seine Frau sterben würde.

Henschel bewahrte seiner Frau, deren Tod ihm sehr nahe gegangen, ein gutes Gedächtniss: im Mai, an ihrem Geburtstag, besuchte und schmückte er ihr Grab. In sehr trüber Stimmung kehrte er davon zurück, und als die Magd ihm mittheilte, die bestellten Billete für den sommerlichen Qmnibusdienst seien gebracht worden, da knurrte der früher so arbeitsame Mann: „da fängt die Schinderei wieder an: Morgen fer Morgen, Mittag fer Mittag mit dem alten Omnibus-Kasten nach Freiburg 'neinkutschen und kranke Menschen ieber a Berg schaffen." Und gleich nachher fügte er den durch irgend welche äusseren Vorgänge ganz und gar nicht hervorgerufenen Gedanken hinzu: „ich hab's nu reen satt, das Fuhrgeschäfte. Vor mir kann's ufheeren. Ich hab' nischt dawider. Heut oder morgen, das is mir egal. Die Ferde schafft man nunter zum Abdecker, die Wagen lässt man zu Brennholz zerhacken. Man selber sucht sich a kleenes, festes Strickel."

Als kurz nachher der Curhotelbesitzer Siebenhaar, bei dem Henschel in Miethe wohnte, Henschel in einer geschäftlichen Angelegenheit aufsuchte, die dank Henschel's Entgegenkommen rasch erledigt wurde — der in Zahlungsverlegenheiten befindliche Siebenhaar musste Henschel um Stundung einer von ihm geliehenen, nun fälligen Summe von 1000 Thalern bitten —, liess Henschel diesem gegenüber seinem Unmuth freien Lauf. Siebenhaar, der mit Henschel stets in den besten Beziehungen lebte, dessen Wort bei Henschel etwas galt, hatte schon längere Zeit das auch andern Personen aufgefallene gedrückte Wesen Henschel's bemerkt. Er glaubte, die Trauer um die verstorbene Frau hätte Henschel so schlimm zugesetzt, forderte ihn auf, dies zu überwinden und gab ihm hierzu verschiedene Rathschläge, die in dem einen gipfelten: wieder zu heirathen. Henschel hatte das mit Rücksicht auf ein geordnetes Haus- und Geschäftswesen und die Sorge für sein mutterloses kleines Kind schon selber gedacht, aber keinen Entschluss zu fassen gewagt. Zumal seine Wahl gerade auf seine Magd Hanne Schäl gefallen war, an der er alle Eigenschaften fand, die seine Frau haben



musste — „da gäb's keene bessere Frau fer mich! — Jedennoch! Ich komme nich drieber weg. Ich hab's doch mein'n Weibe versprechen missen . . .“ Am Grabe hatte er die Verstorbene um ein Zeichen gebeten; wie es ausfiele, sollte es recht sein — „ich hab auch gebet't und hab er och alles vorgestellt, aso bei mir selber, meen ich natierlich: wegen dem Kinde und dem Gasthause (das Henschel zu kaufen gedachte) und dass ich mer auch im Geschäfte keen'n Rath weess — aber's hat mer kee' Zeichen gegeben.“

Dem redegewandten Siebenhaar gelang es, Henschel's Bedenken wegen des Bruchs des der Sterbenden zu deren Beruhigung gegebenen Versprechens zu zerstreuen. Zudem hatte es Eile, dass Henschel den entscheidenden Schritt that, denn Hanne Schäl, ein raffinirtes, mit allen Hunden gehetztes Frauenzimmer, hatte die gute Gelegenheit wahrgenommen, ihrem Herrn zu kündigen, als er sie am nöthigsten brauchte. So fesselte er sie denn an sich für immer, indem er sie heirathete, ohne eine Ahnung davon zu haben, welchem bösen Geist er in ihr sein Hauswesen anvertraute.

Im Sommer starb Gustel, das Kind der ersten Frau. Henschel wusste, schon bevor er Hanne Schäl heirathete, dass diese ein uneheliches Kind hatte, das sich in einem Nachbardorf bei Hanne's Vater in sehr schlechter Pflege befand. Zwischen den beiden Ehegatten war bisher von der Kleinen nie die Rede gewesen. Nun brachte Henschel die kleine Bertha eines Abends Ende November, vom Pferdekauf kommend, mit in sein Haus im naiven Glauben, seiner Frau eine grosse Freude zu bereiten, kam aber übel bei ihr an; er hätte die Kleine lassen sollen, wo sie war, sie habe ihm doch nie davon gesprochen. „Drum ebens,“ erwiderte der unter der rauhen Hülle so zart fühlende Mann, „weil De nischt hast gesagt, da wollt ich Der weghelfen über Dei' Schweigen.“ Allem boshaften Winseln und Quälen seiner Frau gegenüber blieb er fest: das Kind wurde im Hause behalten.

Im Laufe des Winters vollzog sich in Henschel's Wesen und Lebensweise die vorher schon durch verschiedene Zeichen angedeutete Wandlung vollkommen. Henschel, der vorher so nüchterne Mann, ging oft ins Wirthshaus, wie es scheint, um seiner unleidlichen Frau aus dem Wege zu sein, vielleicht aber auch, dass er die trübe Stimmung, die ihn nun einmal in ihrer Gewalt hatte, wegtrinken wollte. Das gelang ihm mit nichten, er fühlte sich nach wie vor unglücklich, ohne dass dazu eine äussere Ursache vorhanden war; denn dass seine Frau ihn mit einem windigen Hotelkellner hinterging, das wusste er nicht, er allein nicht von allen Leuten. Alle seine Liebe, die von Hanne keine Erwiderung fand, wandte er der kleinen, von ihrer Mutter verschmähten Bertha zu. Henschel konnte anscheinend sehr viel vertragen, denn seine riesige Körperkraft nahm durch das Trinken nicht ab. Den Leuten fiel damals sein gealtertes Aussehen auf, man nannte ihn, den fünfundvierzigjährigen Mann, den „alten“ Henschel. Dabei war er gar nicht mehr so umgänglich wie früher, man hielt sich von ihm fern. „Wenn Du bloss und wärscht noch der alte,“ sagte ihm der Bruder seiner verstorbenen ersten Frau, Walther, der ihn gut kannte. „Aber wer wees, was in Dich gefahren is. Dazumal hast Du doch dagestanden: de Leute kamen von weit und breit und holten bei Henschel-Wilhelm Rath. Und was der sagte, das war, mecht' man sprechen, wie a Gesetze, das stand, konnte man sagen. Wie Amen in der Kirche war das. Jetze is gar kee' Auskommen mehr mit Dir. Nu ebens, das werscht Du woll selber merken. Frieher da hatt'st Du bloss Freinde, heute, da kommt kee' Mensch mehr zu Dir, und wenn se und wollten auch zu Dir kommen, da bleiben se wegen dem Weibe weg.“ Das Weib, die Hanne Schäl, die war nach dem Glauben Aller an Henschel's Charakterveränderung einzig und allein schuld.

Eines Tags im nächsten Frühjahr kam Henschel, die kleine Bertha an der Hand, mit dem Schmied, dem er beim Beschlagen eines widerspenstigen, wilden Rosses geholfen, in die Schenkstube des Gasthofs „zum grauen Schwan“, wo er unter anderer Gesellschaft seinen Schwager Walther und seinen ehemaligen alten Knecht Hauffe traf. Henschel hatte nach seiner zweiten Verheirathung den Hauffe, der ihm lange Jahre treu gedient, entlassen, weil seine Frau fand, Hauffe arbeite nichts mehr, und Hauffe hatte sich dem Trunke ergeben und war immer tiefer gesunken. Henschel erfasste wohl ein Mitleid, als er den alten Genossen so mancher schwierigen Fahrt im Elend sah, und er bot ihm Arbeit an, was Hauffe aber schroff und unflätig zurückwies und mit anzüglichen Bemerkungen erwiderte. Als Hauffe damit auch nicht aufhörte, nachdem Henschel ihm gedroht hatte, er werde ihn sonst aus der Wirthschaft hinauswerfen, da machte Henschel kurzen Process und führte seine Drohung aus.

Durch diese That brachte er Wirth und Gäste gegen sich auf, und der am meisten Partei für den



vergewaltigten Hauffe ergriff, das war Henschel's eigener Schwager Walther. Nun bekam Henschel zu hören, was ihm sonderbarer Weise so ganz entgangen war, obwohl es gar nicht heimlich getrieben wurde: den Ehebruch seiner Frau. Henschel wollte sich auf Walther stürzen, als dieser das böse Wort gesprochen, aber er bezähmte sich: „Nischte! 's is gutt." Und es dauerte wohl einige lange Minuten, es musste noch eine Drohung des hinausgeworfenen Hauffe dazu kommen, bis Henschel einen Entschluss fassen konnte. Walther wollte schon gehen, da trat Henschel an ihn heran und legte mit eisernem Griff seine Linke um Walther's Handgelenk, dies wie in einem Schraubstock festhaltend. „Geh hinunter," trug er der Wirthstochter auf, „mei' Weib soll kommen." Der Wirth suchte ihn zu beschwichtigen, aber Henschel, blauroth im Gesicht, brach in eine furchtbare Wuthraserei aus: „Eher schlag ich Euch Alle todt —!!! Oder Hanne muss kommen, hierher uf der Stelle." Vergebens war Walther's bestürzter Widerruf: „de Leute reden ja lauter Liegen," vergebens der Zuspruch der Personen, auf die Henschel stets gehört, wie der Schmiedemeister Hildebrant und der Hotelier Siebenhaar, Henschel erklärte wieder und wieder, fortgesetzt Walther's Gelenk umklammert haltend: „Hanne soll kommen, weiter nischt." Walther soll beweisen, was er über Hanne gesagt hat, sonst gnade ihm Gott!

Jetzt legte Walther, der seine Fassung wieder gefunden, ohne Furcht noch ganz anders los. Er appellirte an das Zeugniss aller Anwesenden, und zu der Wahrheit fügte er den unbewiesenen, aber von Vielen für Wahrheit genommenen Verdacht: Hanne habe Henschel's erste Frau und deren Kind umgebracht.

Frau Hanne Henschel erschien, sehr unwillig darüber, dass ihr Mann sie hatte rufen lassen, hörte ihn und die Beschuldigungen gar nicht erst zu Ende an, sondern rannte mit einem „Liegen verdammte" so schnell als möglich davon.

Den Henschel aber packte die Verzweiflung, ein schweres Schuldbewusstsein bekam in ihm Gewalt, und röchelnd sank er zusammen.

In den folgenden Tagen döste Henschel ohne Plan, ohne Absicht und unthätig dahin. Er schlief nicht mehr des Nachts, sondern lief zwecklos in Haus und Hof herum, und am Morgen lag er da wie ein Sack, kam nicht heraus und liess im Hof Alles drunter und drüber gehen. Von seiner Frau liess er sich so viel gefallen wie nur je, die Energie, die er bei dem Vorfall im Wirthshaus gegen sie zu entwickeln im Begriff war, hatte er völlig verloren.

In der letzten Nacht, wenige Tage nach der Scene in der Kneipe, stand Henschel eine Viertelstunde vor zwei Uhr auf, ging aus der Schlafkammer in die Wohnstube, setzte sich dort ans Fenster und blickte in den Mond. In dieser Stellung fand ihn seine Frau, die bald nach ihm auch das Bett verliess, um sich nach ihm umzusehen, da ihr sein Benehmen in der vorhergehenden Zeit so sonderbar vorgekommen war.

(Fortsetzung folgt.)



Mittheilungen.

— Ueber den **Einfluss der Jahreszeit auf die Trunksucht** hielt A. Baer (Berlin) auf dem diesjährigen (VII.) internationalen Congress gegen den Missbrauch geistiger Getränke (Paris) einen Vortrag, dem wir nach der Berl. klin. Wochenschrift Folgendes entnehmen:

Die Trunksucht ist nach Art einer allgemeinen kosmischen Gesetzmässigkeit vom Klima abhängig, doch nicht bloss in der schon längst bekannten Weise, dass sie vom Aequator nach dem Pol hin zunimmt und dass sie in den warmen und namentlich in den tropischen Klimaten den menschlichen Organismus schneller und intensiver zu zerstören und zu schädigen geeignet ist als in mässigen und kalten Weltgegenden, sondern auch in dem gemässigten Klima werden die Erscheinungen des Alkoholismus von der Jahreszeit oder von der Temperatur derselben beeinflusst: die grösste Zahl der Erkrankungen in Folge des Alkoholmissbrauchs fällt in die warme und die geringste in die kalte Jahreszeit. Baer's statistisches Material stammt aus dem Reichsgesundheitsamt und bezieht sich auf die wöchentlich in acht grossen öffentlichen Krankenhäusern von Berlin aufgenommenen Fälle von chronischem Alkoholismus und Säuferwahnsinn während des Zeitraumes 1879 bis 1898. Die Vertheilung war folgende:

April-Juni	24,53 %
Juli-September . . .	27,22 „
October-December . .	26,65 „
Januar-März	21,60 „



Das Maximum fiel in den Juli (9,72 %), das Minimum in den März (mit 6,96 %). Bei einer Zusammenstellung von Garnier für Paris fiel dort das Maximum auf den Juni, das Minimum auf den Februar. Garnier hat vergleichend darauf hingewiesen, dass das Irrewerden am häufigsten im Frühjahr sich ereignet, und glaubt, dass biologische Einflüsse für die von ihm gefundene statistische Thatsache betr. den Alkoholismus geltend seien. Baer glaubt, dass social-ökonomische und meteorologisch-biologische Faktoren zusammenwirken, um die von ihm gefundene Erscheinung, sowie die Schwankungen innerhalb der warmen Jahreszeit und das Verschieben der Maxima und Minima je nach der regionären Richtung zu erklären. In der warmen Jahreszeit würden bei grösserem Erwerb und vermehrtem Durstgefühl während der Arbeit mehr Alkoholica consumirt als in der kalten; in den langen Tagen und bei milder Witterung leben die Bevölkerungsklassen weniger für sich abgeschlossen, mehr zusammen und in geselligem Verkehr und wird der Alkoholconsum ein viel grösserer. Aber selbst wenn der Alkoholconsum im Sommer nicht grösser ist als im Winter — und das, was wir aus den Haushaltungsbudgets der arbeitenden Klassen darüber wissen, scheint mehr für eine gleichmässige Vertheilung des Consums zu sprechen —, so sei die gesundheitsnachtheilige Wirkung im Sommer dennoch eine grössere, weil bei dem im Sommer verlangsamten Stoffwechsel die Elimination des Alkohols ebenfalls verlangsamt wird, und namentlich deshalb, weil in der Sommerhitze das Gehirn unter dem Einfluss einer Erschlaffung und Ermüdung gegen den Alkohol weniger widerstandsfähig ist als in der kalten Jahreszeit. Die Wirkung des Alkohols im Sommer im gemässigten Klima sei ähnlich derjenigen, wie sie sich ständig in den tropischen und subtropischen Regionen zeige. — Auch der Selbstmord kommt im Sommer (nicht wie etwa aus wirthschaftlichen Gründen zu erwarten, im Winter) am häufigsten vor, speciell im Juni; das Minimum fällt auf den December. Diese zeitliche Coincidenz der häufigeren Alkoholerkrankungen in der warmen Jahreszeit mit der grösseren Häufigkeit der Selbstmorde ist sicherlich auffallend. Auch das Verbrechen gegen die Person kommt häufiger im Sommer vor, was vielleicht ebenfalls mit obiger Thatsache über den Alkoholismus in Beziehung gesetzt werden darf. — Die Prophylaxe, der Ersatz der schädlichen alkoholischen Getränke besonders im Sommer durch andere Genuss- und Erfrischungsmittel, ergiebt sich daraus von selbst.

— Aus **Ungarn.** Vom 27. bis 31. August tagte in Szabadka die XXX. Wanderversammlung der ungarischen Aerzte und Naturforscher. Vorträge psychiatrischen Inhalts hielten: Primarius Salgó (Budapest-Lipótmezö) über „Das pathologische Verhältniss des Alkoholismus zur Epilepsie"; Director Oláh (Budapest-Angyalföld) über „Das Irrenwesen Ungarns"; Director Konrád (Nagy-Szeben) erörterte in populärer Form „Die zweifelhaften Geisteszustände" und Primarius Epstein (Budapest-Angyalföld) sprach über „Die Gefahr der Geisteskrankheiten und die Vorkehrungen gegen dieselbe". Aus dem Vortrage Oláh's finden wir den Vorschlag erwähnenswerth, in **Verbindung mit den Irrenanstalten Heilstationen für Nervenkranke** zu errichten, wo die Aufnahme auf eigenes Verlangen des Kranken stattfände. Durch dieselben würde die Kluft überbrückt werden, welche die Irrenanstalten von dem Publikum trennt; die Irrenanstalt würde nicht als letzter Zufluchtsort betrachtet werden, sondern als Heilstätte, wohin der Geisteskranke je früher gebracht werden müsse. Die Heilstation käme mit den Verwaltungsgebäuden an die Peripherie des die Anstalt bildenden Gebäudecomplexes zu liegen, während in den nach innen zu befindlichen Pavillons die eigentlichen Geisteskranken untergebracht wären. Im Centrum selbst befände sich ein eigener, schon in seiner baulichen Anlage die möglichste Sicherheit gewährender Pavillon für verbrecherische Irre. -n

— Aus **Steyermark.** Während man in anderen, auch österreichischen Ländern in richtiger Erkennung der grossen Aufgaben, welche den Irrenärzten obliegen, deren Einkünfte einer entsprechenden und verdienten Aufbesserung zuführt, hat der steyermärkische Landtag anlässlich der Gleichstellung der Landesbeamten mit den Staatsbeamten die landschaftlichen Irrenärzte in diese Gehaltsverbesserung nicht mit aufgenommen. Diese Zurücksetzung ist um so bedauerlicher, als die Dienstzeit der Irrenärzte Steyermarks noch immer mit 40 Jahren festgesetzt ist.

— Auf der diesjährigen Berliner Krankenpflege-Ausstellung wurde auch die wasch- und desinficirbare **Salubra-Tuchtapete** der Firma Engeli & Co. in Basel prämiirt. Von Krankenhäusern, in denen sie bereits Verwendung gefunden, wird ihr nachgerühmt, dass sie gegenüber dem Oelanstrich den Vortheil hat, zufolge ihres festen Gewebes das Auftreten von Rissen zu vermeiden, wie solche im Mauerwerk sich bilden und durch den Oel- oder Emailanstrich fortsetzen, und den Bewurf vor Beschädigung durch Anstossen mit Möbeln zu schützen. Dass Krankenräume mit gemusterten Tapeten freundlicher und wohnlicher sind als solche mit dem kalten Oelfarbenanstrich, versteht sich von selbst; nicht unwichtig ist, dass durch sie auch die Akustik etwas gedämpft wird. Dessins und Farben sind trotz jahrelanger regelmässiger gründlicher Reinigung mit Seifenwasser vollständig intakt geblieben. Gegenüber den Papiertapeten haben die Tuchtapeten den Vortheil, dass sie nicht wie diese unter der Dampfheizung Schaden leiden. Wegen ihrer absoluten Waschächtheit (warmes Wasser und Seife, Sublimat und Carbollösung bis zu 10 %) können die hellsten Dessins verwendet werden, was dunklen Räumen sehr zu Gute kommt.

In Irren- und Nervenheilanstalten, deren Etat



die Gewährung eines grösseren Maasses von Comfort für die Kranken verträgt, dürfte die Salubra-Tuchtapete vielfach Verwendung finden.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

— Dem kürzlich (am 1. Juli d. J.) in den Ruhestand getretenen Director der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Andernach, Geheimen Sanitätsrath Dr. Nötel, ist jetzt das Officierkreuz der Luxemburgischen Eichenkrone verliehen worden.

— Aus Feldhof. An die Stelle des verstorbenen Collegen Dr. Pagl wurde Dr. Ottokar Fafl, bisheriger Secundärarzt in Brünn, zum ordin. Arzte ernannt. Als Volontairarzt ist Dr. Bernhard Spitzmüller hier eingetreten.

Bücherschau.

Ueber den angeborenen und früh erworbenen Schwachsinn. Für Aerzte und Lehrer dargestellt von Dr. O. Berkhan, Sanitätsrath in Braunschweig. Braunschweig, Druck und Verlag von Friedrich Vieweg u. Sohn. 1899. 64 S.

Unter den Ursachen des angeborenen Schwachsinns findet Verf. am häufigsten körperliche oder geistige Schwäche der Eltern und betont besonders die verhängnissvolle Wirkung socialer Missstände (schlechte Wohnung, mangelhafte Ernährung). Er schildert dann das Verhalten schwachsinniger Kinder in den ersten Lebensjahren und geht dabei näher auf einige Fälle ein, bei denen bereits unmittelbar nach der Geburt deutliche Abweichungen vom normalen Verhalten zu bemerken waren. Als Ursachen des früh erworbenen Schwachsinns führt er neben Schädigungen während der Geburt (z. B. Druck auf den Schädel bei Anlegung der Zange) in erster Linie die cerebrale Kinderlähmung an. Kurz, aber sehr anschaulich schildert er die Vorboten und das acute Stadium dieser Erkrankung, um dann ausführlicher ihre Folgezustände zu besprechen: Muskellähmung mit mehr oder weniger ausgeprägtem Schwachsinn, Sprachstörungen, Epilepsie. Im Anschluss hieran wird die Behandlung der Kinderlähmung besprochen und die Sehnenüberpflanzung nach Nicoladoni besonders warm empfohlen, indem einige Fälle angeführt werden, in denen es gelang, gelähmte Glieder wieder gebrauchsfähig zu machen, nachdem die Lähmung bereits lange Jahre hindurch bestanden hatte. Bei der Behandlung der nach Kinderlähmung auftretenden Epilepsie wird besonderer Werth gelegt auf die diätetische Behandlung: Reizlose Kost (besonders Milch) und Wasserbehandlung (Seewasser) und es wird betont, dass nur jahrelange gleichmässige Behandlung zum Ziele führen kann. — Dem Stammeln beim Sprechen, Lesen und Schreiben als einer bei Schwachsinnigen besonders häufigen Störung ist ein besonderes Kapitel gewidmet, in dem die verschiedenen Formen des Leidens veranschaulicht werden und besonders ein Fall von fehlerhaftem — der Spiegelschrift analogem — Stricken hervorgehoben ist, um diese Störung allgemeiner Beachtung zu empfehlen.

Nachdem noch darauf hingewiesen ist, dass adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum sowie chronischer Magenkatarrh das psychische Verhalten und den Gesichtsausdruck so stark zu beeinflussen vermögen, dass das Bestehen von Schwachsinn vorgetäuscht wird, geht Verf. über zur Besprechung der Hülfsschulen für schwachbefähigte, d. h. mässig schwachsinnige Kinder. Am Beispiel der in Braunschweig bestehenden, auf seine Anregung hin getroffenen Einrichtung entwickelt er die Grundsätze, nach denen solche Schulen einzurichten sind und verlangt, dass hierzu ein von Verständniss für die Sache erfüllter Lehrer mit einem psychiatrisch gebildeten Arzt zusammenwirkt; im Interesse der gesunden Schüler nicht minder als in dem der schwach befähigten sollte jede mittlere und grössere Stadt derartige Einrichtungen besitzen. Als ausserordentlich dankbare Aufgabe stellt Verf. weiterhin den Versuch dar, der wichtigsten Ursache des angeborenen und des früh erworbenen Schwachsinns dadurch entgegenzuwirken, dass Frauen, deren Nachkommenschaft gefährdet erscheint, während der Schwangerschaft einer geeigneten Behandlung unterzogen werden. Er schildert die Maassnahmen, die er in jahrzehntelang durchgeführten Versuchen als geeignet befunden hat, um eine durchgreifende Besserung des Ernährungszustandes und eine Hebung der gesammten Lebensverhältnisse solcher Schwangeren zu erzielen und führt eine Anzahl von Fällen an, in denen es hierdurch erreicht wurde, dass nach einer Reihe von Fehlgeburten, lebensunfähigen oder blödsinnigen Kindern geistig und körperlich gesunde Kinder zur Welt kamen.

Schliesslich hebt Verf. unter Anführung einiger von ihm begutachteten Fälle die Bedeutung der mässigen Schwachsinnsgrade für die gerichtsärztliche Beurtheilung hervor und weist darauf hin, wie segensreich auch in dieser Richtung die Hülfsschule wirken kann, indem sie durch regelmässige Aufzeichnungen ein werthvolles Material sammelt, wodurch in zweifelhaften Fällen ihren Schutzbefohlenen die ihrem Zustand entsprechende Beurtheilung gesichert wird.

Verf. hat es verstanden, in seinen Ausführungen, die in knapper und allgemein verständlicher Form das Ergebniss jahrzehntelanger Beobachtungen enthalten, mit strenger Objectivität die Wärme des Tones zu verbinden, die am besten geeignet ist, das Interesse des praktischen Arztes und des Lehrers für die behandelten Fragen zu wecken, wenn auch der Verf. sich in erster Linie an den praktischen Arzt wendet, um ihn zur Mitarbeit zu veranlassen, so findet doch auch der Psychiater in seinen Darlegungen manche werthvolle Anregung. Stegmann-Dresden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton**, Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel**, Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler**,

Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 26. 23. September 1899.

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mark. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Fuhrmann Henschel.

Ein Gutachten von *Eduard Hess*-Stephansfeld i. E.

(Fortsetzung.)

Er gab auf ihre Fragen kaum Antwort oder ganz verstörte, wie: „da oben sein se," „wer Augen hat, der kann doch auch sehen." Er meinte wiederholt, Frau Henschel hätte die Uhr umgehängt, während dieselbe sich thatsächlich an ihrem alten Platze befand. Er fragte nach Gustel, dem todten Kind der ersten Frau — „der geht nischt ab. Die is schlafen gegangen. Die hat sich bei Zeiten schlafen gelegt." Da Frau Henschel, durch all' dies beängstigt, sagte, sie könne nicht mehr da bleiben, sprach Henschel ihr den bangen Trost zu: „Geh schlafen, geh! Wer ebens dran schuld is, das weess unser Herrgott. Du kannst nischt dafier. Du brauchst nich zu flenn'n. — Unser Herrgott und ich: mir beede, mir wissen's." Dann schloss er die Thüre ab, die Frau Henschel wieder öffnete. „Ich weess nich, warum ich hab abgeschlossen," meinte er. Frau Henschel erklärte ihm den Tod des Kindes der ersten Frau in natürlicher Weise. Er antwortete darauf misstrauisch: „Das kann ja auch sein! Das is ja nich unmeeglich." Als Frau Henschel sich darüber beschwerte, dass sie es nun ausbaden müsse, dass sie im Hause geblieben sei, anstatt seiner Zeit fortzugehen, antwortete Henschel nur: „Kann sein, 's is wahr, dass Du und



musst's ausbaden; wie's kommt, aso kommt's! Was will eens da machen," und schloss wiederum die Thüre zu. Jetzt sagte er warum: „Pst, sei amal stille! Haste's geheert? Draussen im Gange kommt was gelaufen. Heerschte, nu geht's an de Wasserstande. Heerschte's planschen? Se steht und wäscht sich." Frau Henschel berichtigte ihn, er träume, die Wasserstande sei ja in der Stube. Henschel: „Nu ebens! Ich weess schonn! Mir wer'n se nischt vormachen. Wer's weess, der weess's, weiter sag ich gar nischt. — Komm, komm, mer gehn schlafen. Kommt Zeit, kommt Rath." Mit diesen Worten ging er der Kammer zu, aber seine Frau folgte ihm nicht, sondern lief die Nachbarn holen. Henschel sprach allein für sich weiter, seinen „Stimmen" antwortend: „Was meenst'n? — Gelt! — Nu ganz natierlich! — Nischte! — Wenn och! Warum och nich gar. 's is gutt! — Ich weess schonn, was ich zu thun hab'! — Ich wer' mich nich sperrn! — Das lass ock Du gutt sein."

Dem auf Bitten der Frau herbeigeeilten Hotelier Siebenhaar begegnete Henschel zuerst ganz ruhig, klagte über Schlaflosigkeit mit der trostlosen Aussicht, dass ihm wohl kein Arzt helfen könne, und erkundigte sich nach Siebenhaar's geschäftlichen und familiären Verhältnissen. Dann beklagte er sich darüber, dass Siebenhaar so lange Zeit sein Haus gemieden — was thatsächlich nicht Henschel's, sondern der Frau Henschel wegen geschehen war —, um daraus zu schliessen: „Ich kann mit mir keen'n Staat nich mehr machen." Und weiter: „ich bin ja an allen schuld; ich weess, dass ich schuld bin, nu gutt damit. Aber eh ich das machte mit der Frau, ich meene, eh ich die Hanne nahm, da fing das schonn an und wurde mit sachten . . . aso mit sachten ging's halt bergab. A Fischbeenstecken, der brach mer entzwee. Hernach, das weess ich noch ganz genau, da ieberfuhr ich mer doch mein'n Hund. 's war der beste Spitz, den ich hatte. Dann fielen mer hinter einander drei Ferde, das scheene Hengstpferd fer dreihundert Thaler. Hernach, zum letzten, da starb mer mei' Weib. Ich hab's woll gemerkt in mein'n Gedanken, dass das und war uf mich abgesehen. Da aber mei' Weib und war gegangen, da hatt' ich woll auch an'n Augenblick, dass ich und dachte, nu werd's woll genug sein. Nu kann a mer nich mehr viel nehmen dahier. Sehn Se's, er hat's doch fertig gebracht. — Von Gusteln will ich ja gar nich reden. Verliert man a Weib, verliert man a Kind. Aber nee: ane Schlinge ward mir gelegt und in die Schlinge da trat ich halt' nein." Und wer die Schlinge gelegt? „— Kann sein der Teifel, kann sein a andrer. Erwirgen muss ich, das is gewiss." „Schlecht bin ich gewor'n, bloss ich kann nischt dafier. Ich bin ebens halt aso 'neingetapert. Meinswegen kann ich auch schuld sein. Wer weess's!? Ich hätte ja besser kenn'n Obacht geben. Der Teifel is eben gewitzter wie ich. Ich bin halt bloss immer grad aus gegangen." Siebenhaar versuchte Henschel zu beruhigen, er sei weder schlecht noch habe er irgend eine Schuld. Aber Henschel wusste es besser: dass er seiner verstorbenen Frau das Versprechen nicht gehalten habe, das sei seine Schuld. „Da hatt ich verwonnen. Da war ich fertig. Da hatt ich verspielt. Se kann keene Ruhe nich finden im Grabe. Sie kommt und geht und hat keene Ruhe. — — — Ich striegle de Ferde, da steht sie da. — Ich nehm mer a Sieb vom Futterkasten, da seh ich sie hinter der Thiere sitzen. — Ich will in's Bette gehn, in de Kammer, da liegt se drinne und sieht mich an. — Se hat mer a Uhre umgehangen, se kloppt an de Wand, se kratzt an de Scheiben. — Sie legt mer a Finger uf de Brust, da will ich ersticken, da muss ich nach Luft schnappen. Nee, nee, ich wer's wissen. Asone Geschichten, die muss man durchmachen, eh' man se kennt. Erzählen kann man die eemol nich. Ich hab' was durchgemacht, kenn'n Se mer globen." Der gute Rath Siebenhaar's, den Arzt zu rufen, denn Henschel sei krank, sehr krank, war fruchtlos; ebenso wenig ging Henschel darauf ein, mit Siebenhaar und einem andern Nachbar zusammen den Rest der Nacht beim Kartenspiel, einer Pfeife, einem Glas Bier zu verbringen. Immer wieder hatte er es mit der Todten zu thun, dem nicht gehaltenen Versprechen und der Schuld am Tode des Kindes. „Se geht ebens rum bei a Leuten und sagt's 'nen. Die is ieberall, bald hier, bald da . . . 's bleibt uf mir sitzen, man dreht's, wie man will. Die werd's schonn wissen, wie se's soll anfangen. Die is ieberall, die werd's 'nen schonn einreden. Und wenn's flugs die Leute und thäten's verschweigen und wär'n nich wie Hunde hinter mir her: 's kann eemol nischt helfen, 's bleibt uf mir sitzen." Seiner Frau grollte er weiter nicht mehr wegen des Ehebruchs; aber das todte Kind — „wenn man bloss und wisste da was bestimmtes." Schliesslich schien er sich auch darüber zu beruhigen, er wollte morgen davon weiter reden und sich jetzt schlafen legen. So gingen denn die beiden Nachbarn.



Kaum waren sie draussen, da wollte Henschel wieder die Thüre abschliessen. Die Frau, der ihr Mann immer unheimlicher vorkam, liess es nicht zu; sie fühlte sich ihres Lebens nicht sicher allein mit ihm, der neuerdings so sonderbar mit dem Messer zu spielen pflegte, und sie hatte Recht, ihm nicht zu trauen. Denn plötzlich sagte er ganz unvermittelt: „Hanne, eener von uns muss weichen! — Von uns zweebeeden. Ja, ja, 's is wahr. Du kannst mich ansehn. Das is nich andersch . . . Kann sein, ich muss, kann sein auch Du.“ Frau Henschel versprach ohne Weiteres das Feld zu räumen, wenn es ihr auch wohl nur darauf ankam, für jetzt Ruhe zu schaffen. Aber Henschel wollte noch keine Entscheidung treffen, zumal er um die Zukunft der kleinen Bertha besorgt war. Die müsse zum Grossvater, dem verkommenen alten Lumpen, aus dessen Händen Henschel sie gerettet, erklärte Frau Henschel. Das mochte Henschel nicht gefallen: „Lass gutt sein, morgen is auch noch a Tag. Morgen hat alles a ander Gesichte.“ Mit diesen Worten verschwand er in der Kammer. Er sah noch sorgsam nach der kleinen Bertha, die über und über schwitzte, und sagte es seiner Frau; die machte sich jedoch nichts daraus. Als sie die Uhr aufzog, fragte er: „Wer zieht denn de Uhr uf?“; die Frau wies ihn rauh zur Ruhe, damit er das Kind nicht aufwecke.

Nun hörte man nichts mehr von ihm, auf Zurufen seiner Frau erfolgte keine Antwort, die kleine Bertha wachte auf und fing an zu weinen, und als der inzwischen noch einmal nach Henschel sich erkundigende Siebenhaar in der Kammer nachsah, da fand er — einen Todten, Henschel hatte sich selbst das Leben genommen.

Es kann kein Zweifel sein, dass Henschel in den letzten Tagen seines Lebens, seit jener Scene im Wirthshaus, ausgesprochen geisteskrank war, darüber befand sich auch die Umgebung im Klaren, die zahlreichen Gesichts- und Gehörshallucinationen des Kranken mussten selbst den Unkundigsten belehren.

Eine weitere Frage ist die: ist die offenbare Krankheit plötzlich ausgebrochen bei einem bis dahin gesunden Manne, oder bestand das Leiden schon länger, nur nicht in so starkem Grade und in wenig auffallender Weise, und wenn dies der Fall war, wie weit kann man die ersten Symptome der Krankheit zurückverfolgen?

Darauf ist zu antworten, dass Henschel's Krankheit nicht plötzlich begann, sondern allmählich, schleichend sich entwickelt hat. Zur Zeit, als seine erste Frau starb, etwa ein Jahr vor seinem Tode, war Henschel noch gesund. Eine einzige verdächtige Aeusserung von damals: „Das weess auch der liebe Himmel, was das muss sein: da wird mer'sch Weib krank! Da fällt mer a Ferd. 's is balde, als wär'sch uf mich abgesehn!“ bezieht sich auf in der That bedeutende Unglücksfälle und lässt sich unschwer aus dem grüblerischen Wesen Henschel's heraus erklären; er kehrt überdies von dem Ausblick ins Uebernatürliche sofort zur nüchternen Wirklichkeit zurück: „Den Wallach hab ich gekauft um Weihnachten von Walther Gottfrieden; zwee Wochen, da lahmt a. Ich wer's'n eintränken. Zweehundert Thaler hab' ich gegeben.“ Aber bald nach dem Tode der Frau treten eine Reihe von Zeichen auf, die nur als Vorboten, beziehungsweise als Anfang der späteren schweren Krankheit aufgefasst werden können: die dauernd gedrückte Stimmung, der Gedanke an Selbstmord, die Arbeitsunlust und Vernachlässigung der Obliegenheiten, die sich verringernde Umgänglichkeit. Schliesslich kommt es zu einer allen Leuten auffallenden Veränderung des ganzen Wesens, worüber in der Geschichtserzählung eine Reihe von Belägen sich findet. Doch ist nicht zu vergessen, dass die gesunden Fähigkeiten und Regungen — so die Sorge für das arme, dem Verderben preisgegebene Kind der Hanne — immer noch überwiegen. Als Henschel die Scene im Wirthshaus machte, war er ohne Zweifel sehr gereizt worden. Die Erfahrung des täglichen Lebens lehrt zwar, dass gerade die schwerfälligen, wenig erregbaren Naturen wie Henschel, wenn sie einmal aus irgend einem Grunde in Wuth gerathen, dann gleich ganz sinnlos rasen. Aber abgesehen davon, dass dieser Jähzorn an sich schon etwas Pathologisches ist auch bei sonst scheinbar gesunden Leuten, stand doch Henschel's Raserei in keinem Verhältniss zu den sie veranlassenden Vorgängen. Und jedes Urtheils, jeder Kritik begab sich Henschel, als er nun seine Frau kommen liess und glaubte, durch Confrontation derselben mit dem Ankläger im Wirthshaustrubel die Wahrheit feststellen zu können. Der Raptus dauerte verhältnissmässig lange; einem Gesunden wäre in dieser Zeit die Besinnung vermuthlich wiedergekehrt. Ferner pflegt bei einem gesunden Menschen ein heftiger Zornesausbruch zu wirken wie ein Gewitter, das die Luft reinigt. Henschel dagegen erlangte die Ueberlegung überhaupt nicht wieder, am Ende des Anfalls brach er erschöpft zusammen, die Klarheit war völlig von ihm gewichen

und die wenigen Tage, die er noch erleben sollte, verbrachte er im dumpfen Bann einer schweren Geistesstörung.

An welcher Geisteskrankheit litt nun Henschel? Es können drei Psychosen in Betracht kommen: die progressive Paralyse, der chronische Alkoholismus, die Melancholie des Rückbildungsalters.

Die Paralyse, für die — man müsste an die depressive Form denken — das Alter Henschel's, der allmähliche Beginn der Krankheit, die Vernachlässigung der Geschäfte und noch einiges stimmen würde, kann leicht ausgeschlossen werden durch den Hinweis auf den bei einem Paralytiker kaum möglichen hochgradigen Affect, ferner auf das Fehlen der Zerfahrenheit, der Gedächtnissschwäche und des Verlustes der ethischen Gefühle — drei Symptome, die man bei Paralytikern selten vermisst nach fast einjähriger Dauer der Krankheit. Ueber gröbere körperliche Erscheinungen, die für die Paralyse sprechen würden, ist ausser dem nichts pro und nichts contra beweisenden gealterten Aussehen nichts mitgetheilt, sie könnten übrigens dem Laienauge noch verborgen gewesen sein. Die wohlerhaltene riesige Körperkraft Henschel's fällt sicher gegen die Paralyse in die Wagschaale.

Die Alkoholatmosphäre der Scene im Wirthshaus ruft in dem Beobachter den Verdacht wach, Henschel könnte dem unmässigen Genusse spirituöser Getränke zum Opfer gefallen sein. Jedoch oben wurde bereits dargelegt, dass die ersten Krankheitszeichen bei Henschel schon auftraten, bevor er der Kneipenlaufer geworden, der er in den letzten Monaten war. Und abgesehen von allem andern wäre ein Alkoholkranker niemals der völligen Enthaltsamkeit fähig gewesen, die Henschel nach dem Skandal im Wirthshause sich auferlegte und durchführte bis an sein Ende; er hätte im Gegentheil erst recht getrunken. Die bei einem Alkoholkranken fast unmögliche Vertrauensseligkeit Henschel's gegen seine Frau im Punkte der ehelichen Treue anstatt des typischen, in diesem Falle zudem sehr berechtigten Eifersuchtswahns der Trinker will ich nur kurz erwähnen. Henschel hat viel getrunken; aber, wie schon früher gesagt, der kräftige Mann konnte wohl auch viel vertragen. Er trank nicht des Trinkens wegen, sondern aller Wahrscheinlichkeit nach um seiner Frau mit ihrem widerwärtigen Gebahren aus dem Wege zu sein. Dass er aber den Kampf gegen dieses Gebahren nicht aufnahm, sondern lieber sich feige in die Kneipe flüchtete, er, der starke Mann, der doch zu Zeiten seiner ersten Frau der Herr im Hause war, das ist das Zeichen einer schweren Krankheit, von der die Trunksucht, wenn man Henschel's Kneipenlaufen so bezeichnen will, nur eine Folge bedeutet, die dann freilich ihrerseits gemäss der Erscheinung des circulus vitiosus auf die Grundkrankheit nur ungünstig zurück und weiter wirkte.

Als solche, als Grundkrankheit, bleibt nun die dritte und letzte der oben erwähnten Psychosen übrig, die Melancholie des Rückbildungsalters. Und für sie stimmen alle Symptome vom Anfang bis zum Ende, und kein wichtiges Symptom, das man bei solchen Kranken zu finden gewohnt ist, wird vermisst.

Ein von Hause aus leicht zur Schwermuth geneigter Mensch, anscheinend ein wenig ein Sonderling, dessen Erblichkeitsverhältnisse unbekannt sind, erkrankt im fünften Jahrzehnt seines Lebens. Im Anschluss an den Tod seiner Frau wird er traurig und verstimmt, was an sich ja nichts pathologisches ist. Aber die Traurigkeit wendet sich nicht mehr von ihm, dazu kommen Sorgen, Befürchtungen, Selbstmordgedanken, wenn diese auch zunächst wohl nicht wörtlich zu nehmen sind, und er vernachlässigt seine Geschäfte. So zieht sich die Sache Monate lang hin, der Kranke altert sehr. Der dem Laien auch im Hinblick auf die äusseren Verhältnisse naheliegende Versuch, den Kranken durch Wiederverheirathung in eine bessere Stimmung zu versetzen, ihm die Schaffenslust wieder zu geben, schlägt gänzlich fehl; der auf der Seele lastende dumpfe Druck wird nicht leichter. Eine durch äussere Vorgänge hervorgerufene heftige gemüthliche Explosion hat keine befreiende Wirkung, sondern die Krankheit erreicht damit ihre Höhe. Der Kranke schläft des Nachts nicht mehr, bei Tage ist er müde und schlaff und zu nichts zu brauchen. Immer muss er über die Vergangenheit nachdenken, harmlose Dinge gewinnen eine düstere Bedeutung, er hat schwere Schuld auf sich geladen, das Leben hat für ihn keine erfreuliche, lichte Seite mehr. Dabei ist sein Bewusstsein nicht getrübt, sein Gedankengang klar und zusammenhängend, es fehlt ihm nicht das Gefühl für die Veränderung seines Wesens, aber er ist rathlos, warum es denn so gekommen. Schliesslich treten Sinnestäuschungen auf, die innere Qual wird eine unerträgliche, der verhaltene tiefe Affect immer gewaltiger — der Kranke sieht keine andere Erlösung mehr aus dieser Plage des Daseins als den Tod, und so stirbt er denn durch eigene Hand.

Das ist die Krankheitsgeschichte eines Schulfalls von Rückbildungsmelancholie. Dieselbe könnte noch mehr ins Einzelne ausgemalt werden, aber das Bild ist so scharf, dass es dessen nicht bedarf.

Eine sichere Krankheitsursache kann wohl, wie meistens in solchen Fällen, nicht festgestellt werden. Die Krankheit begann nach dem Tode der ersten Frau, aber post hoc non est propter hoc, sie hätte sich vielleicht ebenso entwickeln können, wenn die Frau am Leben geblieben wäre; nur hätten dann die Wahnideen und Sinnestäuschungen einen anderen Inhalt bekommen. Immerhin könnte man es gelten lassen, wenn bei einer statistischen Untersuchung der Fall Henschel bezüglich der Krankheitsursache unter „Gemüthsbewegung" angeführt würde; vorsichtiger Weise mit einem Fragezeichen. Bei den Leuten, die den Henschel kannten, wird wohl immer seine zweite Frau Hanne die Sünderin bleiben, die den Mann in den Tod getrieben. Ohne Schuld ist Frau Hanne ja nicht, ganz im Gegentheil, denn wenn sie noch eine Spur von Gemüth, einen Funken von Anstand und Rücksicht im Leibe gehabt hätte, so hätte sie den kranken Mann ganz anders behandelt. Und wenn man sie mit Schimpf und Schande aus dem Orte hinausgejagt hat, so ist ihr nur recht geschehen. Aber krank ist Henschel ohne ihr Zuthun geworden, er war es schon, als er sie heirathete, und datirte auch selber seine Wesensänderung auf einen früheren Zeitpunkt zurück, wenn auch darauf weniger Gewicht zu legen ist, da es sich um eine Erinnerungsfälschung handeln könnte.

Ueber die mögliche Prognose sei bei dem jähen Ausgang, den der Fall thatsächlich genommen, nur so viel bemerkt: wäre eine Heilung eingetreten, was nach Kräpelin bei 40% solcher Kranken zu erwarten ist, so waren doch die häuslichen Verhältnisse derart ungünstige, dass eine Rückkehr in dieselben den Untergang Henschel's bedeutet hätte.

Und um eine andere Eventualität zu berühren: hätte Henschel im Wirthshaus einen seiner Widersacher oder zu Hause seine Frau getödtet, so hätte er für unzurechnungsfähig erklärt werden müssen; der weitere Verlauf der Psychose im Untersuchungsgefängniss hätte das Gutachten darüber zu einem ausserordentlich leichten und einfachen gemacht.

Ich habe das meinem Gutachten zu Grunde liegende Material absichtlich so verwendet, als hätte das Leben, die Wirklichkeit es geliefert, als wäre es nicht die Gabe des Dichters Gerhart Hauptmann. Auf diese Weise konnte ich am sichersten die Probe anstellen, ob und wie weit das Drama und damit sein Held dem Leben entspricht. Thatsächlich unmögliche Symptome und Situationen im Drama hätten die Ausarbeitung eines Gutachtens in dieser Art unausführbar gemacht, ich hätte mich von der Begutachtung des kranken Henschel zur Kritik des Schöpfers dieses Henschel wenden müssen.

Die Frage, ist der Fuhrmann Henschel so gezeichnet, dass man ihn mit psychiatrischem Maasse messen kann, muss rückhaltlos bejaht werden. Wie aus einem Aktenstoss wirklicher und brauchbarer Zeugenaussagen gelingt es aus dem Drama sich ein scharfes und widerspruchsloses Bild des Fuhrmanns Henschel zu entwerfen, das, wie ich hier gleich hervorheben will, nirgends in aufdringlicher Weise die Mache verräth.

Ob Gerhart Hauptmann bei Abfassung des Dramas sich dessen bewusst war, dass er in dem Fuhrmann Henschel geradezu einen Schulfall von Rückbildungsmelancholie schuf; ob er überhaupt eine bestimmte Diagnose im Auge hatte, ist mir nicht bekannt. In seinen Werken sind die Beziehungen zur Psychopathologie sehr zahlreich, und ohne Frage hat er in diesen Dingen sich auch wissenschaftlich unterrichtet. Der Fuhrmann Henschel ist natürlich keine Studie nach einem Lehrbuch, sondern er ist mit Leib und Seele aus dem Leben gegriffen, und es ist gar nicht denkbar, dass Hauptmann diese Gestalt schaffen konnte ohne ein oder mehrere leibhaftigen Vorbilder. Aber gleich, ob Hauptmann nur nach dem Leben ohne psychiatrischen Wegweiser gearbeitet hat oder mit einem solchen, der Fuhrmann Henschel ist ein wunderbares Beispiel dichterischer Gestaltungsfähigkeit. Die tausend Klippen, die einem Nichtpsychiater bei der Schilderung krankhafter Seelenzustände drohen, hat Hauptmann glücklich vermieden, und Einzelzüge erfasst und wiedergegeben mit einem Feinsinn, den ich nur als einen Wesenstheil des dichterischen Instinkts bezeichnen kann.

Innere Beziehungen des Dichters zu seinem Werke, wie sie, um nur zwei Beispiele anzuführen, zwischen Göthe und seinem Tasso oder zwischen Dostojewski und seinem Raskolnikow bestehen, kommen beim „Fuhrmann Henschel", dem rein objectiven Drama, hinter dem der Verfasser völlig verschwindet, nicht in Betracht.

Der Psychiater ist selten in der Lage, für eine Geisteskrankheit einen bestimmten psychischen Ausgangspunkt festzustellen, seine Auffassung der Sache



ist eine vorwiegend mechanische — anatomisch-physiologisch-chemische; jedenfalls weiss er, dass die Krankheit niemals in dem Sinne die Consequenz des Lebens und Erlebens in den gesunden Tagen ist, wie das gewöhnlich die Angehörigen der Kranken und die Laien überhaupt sich vorstellen. Sie speculiren und phantasiren sich einen Zusammenhang der Erscheinungen zurecht, über den der Fachmann nur lächeln kann. Solche Laien sind auch die meisten Leute in Gerhart Hauptmann's Drama: sie wissen ganz genau, dass nur die liederliche Hanne und die Heirath mit ihr schuld ist an Henschel's — Krankheit — nein, denn dass es sich darum handelt, wird den Wenigsten erst sehr spät klar! — sondern ich sage richtiger, an Henschel's traurigem Ausgang; und nach der äusseren Lage der Dinge scheinen sie damit im Recht zu sein. Die Zuschauer im Theater und die Recensenten in den Zeitungen schliessen sich ihnen an.

Diese Alltagspsychik, wie natürlich sie zu sein scheint, kennt Hauptmann nicht. Wohl lässt er den Leuten ihre Ansicht, aber er selbst weiss recht gut, dass Henschel eben krank wurde wie viele Menschen krank werden, wer kann sagen warum. Vielleicht hat die Trauer um die verstorbene Frau zur Entstehung des Leidens beigetragen, Hauptmann deutet es an, behauptet es aber nicht, sondern lässt es Jedem frei, darüber zu denken, was er will. Ganz wie im Leben. Und ganz wie im Leben spielt in Hauptmann die „Schuld" keine Rolle, die „Schuld", die aber getreu nach der Wirklichkeit dem armen kranken Henschel schwer zu schaffen macht. Dass ein Nichtpsychiater einer „überzeugenden" Ausführung der sich scheinbar geradezu aufdrängenden Verkettung der Dinge widerstehen konnte, möchte man kaum glauben; aber dieser Nichtpsychiater ist eben Gerhart Hauptmann.

Ueber die Bedeutung psychopathischer Zustände in der Dichtung im Allgemeinen werde ich nachher noch Einiges sagen. Hier möchte ich nur hervorheben, dass dem Sensationsbedürfniss der Menge, dessen Befriedigung sonst Schriftsteller mittleren und niederen Grades zur meistens ganz unsinnigen Ausnutzung von Phantasieirren und Irrenhäusern veranlasst, in dem schlichten Drama vom Fuhrmann Henschel durchaus nicht genügt wird. Hauptmann hat nur so viel des pathologischen Materials verwerthet, als unumgänglich nothwendig war zur Herausarbeitung eines vollständigen Krankheitsbildes. In dieser Beschränkung zeigt sich der Meister. Er hätte ohne Bedenken, dadurch gegen Wissenschaft und Wirklichkeit zu fehlen, den Henschel zum Mörder machen, ihn Frau und Kind umbringen lassen können — das kommt im Leben nur zu oft vor; im fünften Akt weht es einem auch zeitweise unheimlich wie Blutgeruch entgegen, der Hanne ist es gar nicht geheuer, und Henschel scheint thatsächlich Augenblicke lang solche Mordgedanken zu hegen — aber Hauptmann vermeidet das Grausige und lässt es mit weiser Mässigung an einem Opfer genügen.

Ein nicht zu unterschätzendes Zeichen der künstlerischen Selbstbeherrschung des Dichters ist seine Sparsamkeit in der Verwendung des Selbstgesprächs und der Hallucination. Bekanntlich ist in der modernen Dichtung der Monolog stark in Misscredit gekommen und in einem Wirklichkeitsdrama überhaupt nicht mehr erlaubt. Der kranke Henschel hat nun thatsächlich mit sich und mit seinen „Stimmen" gesprochen, und Hauptmann hätte dieses Symptom bequem in ausgedehnter Weise ausnützen können. Aber packender und gewaltiger wäre das Drama dadurch nicht geworden, und so hat Hauptmann denn auch darauf verzichtet. Ebenso hat er die zum Missbrauch so sehr verlockenden Hallucinationen nicht im Uebermaass verwendet, sondern mit geschmackvoller und feinsinniger Zurückhaltung.

Hauptmann hat, wie ich vorhin schon sagte, mit seinem geisteskranken Fuhrmann Henschel weder Sensation bezweckt noch erreicht. Im Gegentheil. Die Handlung im Drama vollzieht sich in so natürlicher und einfacher Weise, dass es den Zuschauern im Theater ergeht wie im Leben: sie sehen einen Menschen in ihrer Umgebung sich allmählich in seinem Wesen verändern, immer merkwürdiger und absonderlicher werden, bis einmal irgend eine Katastrophe eintritt. Dann erfahren sie vielleicht, an was vorher kein einziger gedacht hat, dass der Betreffende ein Geisteskranker ist und nicht erst seit heute, sondern schon lange Zeit. Von einer Anzahl Recensionen über das Drama, die mir zu Gesicht gekommen sind, wird zwar Henschel's Charakterveränderung hervorgehoben und von seinem „Phantasiren" Notiz genommen, aber nicht eine einzige spricht es klar und deutlich aus: dass der Henschel des letzten Aktes ein Wahnsinniger ist — im höchsten Grade.

Aus meinen Ausführungen geht hervor, dass ohne die Hilfe der Psychiatrie eine Erklärung des



Dramas gar nicht möglich ist; die Versuche, unter Ignorirung der Krankheit Henschel's die Handlung „psychisch“ zu entwickeln, beruhen auf einer völligen Verkennung des Thatbestandes. Mit den veralteten Begriffen von Schuld und Sühne, die als etwas Zusammengehöriges, einander Bedingendes im Leben nie zu entdecken sind ausser allenfalls im Gerichtssaale, ist nichts anzufangen. Denn eine Schuld Henschel's liegt nicht vor. Ebenso wenig kann man von einem besonderen Walten des Fingers Gottes oder des Fatums sprechen; Fatum, Schicksal ist schliesslich Alles.

Das Drama „Fuhrmann Henschel“ gehört also zu den vielen Dichtungen aus alter und neuer Zeit, in denen das Psychopathologische eine wesentliche Rolle spielt. Es beweist nebenbei die Unrichtigkeit der oft, so kürzlich wieder von Näcke*) geäusserten Anschauung, dass kein Literat, kein Dichter, wenn er nicht selbst Psychiater ist, eine Psychose richtig schildern könne; weshalb es eigentlich wenig Werth habe, in Helden von Dramen, Romanen etc. bestimmte Geisteskranke zu finden; nie seien diese Leiden ganz richtig geschildert, selbst nicht von Shakespeare. Dem gegenüber ist doch zu betonen, dass es Geisteskranke nicht nur in den Irrenanstalten giebt, sondern dass man ihnen täglich ausserhalb derselben begegnet; sie kennen zu lernen hat also der Dichter, der solche Gestalten verwenden zu müssen glaubt, Gelegenheit genug. Shakespeare war im Vergleich mit den Aerzten seiner Zeit sicherlich nicht der schlechteste Psychiater, und dass er als Psychiater unseren heutigen Anforderungen nicht genügt, darüber können wir uns ja nur freuen. Im Uebrigen hat sich im Zeitalter der Naturwissenschaft unter dem Einfluss dieser in der dichterischen Technik eine tiefgehende Wandlung vollzogen, unsere heutigen Dichter verlassen sich nicht mehr auf ihr „Ingenium“, sondern sie arbeiten die Stoffe, die ihnen das Material zu ihren Schöpfungen liefern, redlich durch unter Zuhilfenahme der wissenschaftlichen Methoden; und wir verlangen heute mit vollem Recht von einem Schriftsteller, der einen pathologischen Menschen zeichnet, dass er sich keine groben Verstösse gegen die Wirklichkeit und die feststehenden Thatsachen der Wissenschaft zu schulden kommen lässt; so gut wie der Bildhauer die Anatomie beherrschen muss. Aber auch ohne wissenschaftlich-psychiatrische Kenntnisse haben gut beobachtende Dichter zu allen Zeiten in treffender Weise psycho-pathologische Zustände und Symptome beschrieben, darunter solche, denen die Wissenschaft erst neuerdings, also lang hintennach, ihre Aufmerksamkeit zuwendet und Namen giebt. Zum Beweise will ich nur ein einziges, sehr prägnantes Beispiel anführen, auf das Bernhardt*) in der Sitzung der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten am 9. Juni 1896 aufmerksam gemacht hat. Anknüpfend an Beobachtungen aus jüngster Zeit, dass nach Selbstmordversuchen vermittelst Erhängen eine vollkommene Amnesie derjenigen Vorgänge eingetreten war, welche dem Versuche kurze Zeit vorhergingen, verlas er einen gleichen Fall, der von Walter Scott in seinem Romane „Das schöne Mädchen von Perth“ erwähnt wird und aus dem Jahre 1828 stammt. (Schluss folgt.)

*) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 56, 1. u. 2. Heft, S. 299.

*) Neurologisches Centralblatt 1896, Nr. 13.



Mittheilungen.

— Ueber die **Irrenpflege in Persien** schreibt Dr. Cochran aus Urumia in Persien im Americ. Journ. of Insanity, Juli 1899:

Ausser den von fremden Missionsgesellschaften errichteten und unterhaltenen Spitälern existirt nur ein kleines in Teheran; in diesen werden nur acute, innere und chirurgische Krankheiten behandelt und sie genügen bei weitem nicht dem Bedarf. Die Aussätzigen betteln auf den Landstrassen und dürfen die Städte nicht betreten. Die Idioten halten sich in ihren Familien auf und leben in Gemeinschaft mit den Kindern des Ortes; die Krüppel führen eine traurige Existenz, liegen im Sommer an der Sonne oder im Winter am Heerd, der sich in einer Vertiefung des Bodens befindet, in die sie ihre kalten Füsse baumeln lassen. Verbrecher sieht man durch Verstümmelungen gekennzeichnet herumlaufen.

Der einheimische, persische Arzt schöpft seine Wissenschaft aus den altgriechischen Theorien und behandelt nach diesen auch die Krankheiten; er glaubt, dass der menschliche Körper aus vier Elementen: Blut, Schleim, Galle und schwarzer Galle besteht, und dass das Ueberwiegen eines oder des anderen eine bestimmte Krankheit zur Folge hat. Die schwarze Galle speziell bedingt, wenn sie im Uebermaass vorhanden, die Hautkrankheiten. Entsprechend jener Theorie be-

steht die Behandlung in Entziehung derjenigen Speisen, von welchen man glaubt, dass sie einen der vier Stoffe erzeugt; auch werden die letzteren durch direkte Mittel bekämpft; in Bezug auf letztere waltet der krasseste Aberglaube und die grösste Unwissenheit ob.

Bei Geistes- und Nervenkrankheiten wird von den medicinischen Methoden überhaupt wenig Gebrauch gemacht; denn wo böse Geister und Teufel herrschen, ist nach den Ansichten der Perser von Medicin wenig zu hoffen. Hier wirken die „Betdoctors“, welche aus den heiligen Schriften der Mohammedaner copirte Gebete und fromme Sprüche an die Kranken verkaufen. Eins der ersten Mittel ist folgendes: Man sucht einen Betdoctor zu gewinnen, der das erste Capitel des Koran siebenmal mit Pflanzenfarbstoffen aus Safran und Moschushyacinthe auf die Innenseite eines Gefässes schreibt. Diese Aufschrift wird mit reinem Wasser ausgewaschen und das Waschwasser dem Kranken zu trinken gegeben. Hilft dies nichts, so wird von einem jungen Mädchen gesponnenes Garn zu einer siebenfachen Schnur zusammengedreht und nach siebenmaligem Lesen des 98. Capitel des Koran an dem Arme des Patienten befestigt. Es giebt in Persien auch viele nestorianische Kirchen, deren Heilige (nach denen die Kirchen genannt sind) den Ruf geniessen, Geisteskranke, insbesondere Epileptische, Hysterische und Choreatische, heilen zu können; hierher bringen auch die Mohammedaner ihre Kranken und sperren sie zum Zweck der Heilung eine Nacht über in einen eigens hierfür erbauten unterirdischen Kerker; inzwischen werden dem Heiligen Schafe geopfert. Ist dies Mittel ebenfalls erfolglos gewesen, so überlässt man die Kranken ihrem Schicksal und sie können wandern, wohin sie der Wahn treibt. Zeigt sich Einer aber gemeingefährlich, so wird er bis zu seinem Tode im Hause oder im Stalle angekettet.

— Anlässlich der vor einigen Wochen stattgehabten **Jubelfeier der Clark University in Nordamerika** waren folgende Gelehrte eingeladen worden, Vorträge zu halten: Physiker Boltzmann aus Wien, Mathematiker Picard aus Paris, Physiologe Mosso aus Turin, Histologe Ramón y Cajal aus Madrid, Psychiater Forel aus Zürich. Die Auswahl gerade dieser Gelehrten kennzeichnet den Vorrang, welchen sich die mathematisch-physikalische und die psychologisch-biologische Facultät der genannten Hochschule erworben haben. Mosso sprach in zwei Vorträgen von der Beziehung des Bewegungsapparats zum Seelenleben, und zwar im ersten über die Entwicklung desselben als Grundlage des Vorstellungslebens, im zweiten über Gemüthsbewegungen und ihre organische Grundlage. Cajal berichtete in drei Vorlesungen über seine neuesten Studien über die Histologie der menschlichen Sehrinde und andere Theile der Rinde unter entsprechenden Demonstrationen und entwickelte seinen von Apathy und Nissl abweichenden Standpunkt betreffend die Neurontheorie und das intercelluläre, von den Nervenzellen unabhängige Fibrillennetz. Forel sprach 1. über das Leben der Ameisen und 2. über Hypnotismus.

(Americ. Journ. of Insanity.)

Bücherschau.

Technisches und Psychologisches in der Beschäftigung von Nervenkranken. Für Aerzte bearbeitet von A. Grohmann. Mit einem Vorwort von Dr. P. J. Möbius und Dr. Wildermuth. Stuttgart 1899. 78 S.

G., der über dieses Thema bereits eine vorläufige Mittheilung in Nr. 8/9 dieser Wochenschrift brachte, hat seine Erfahrungen nun in einer kleinen Monographie niedergelegt. Bei der Lectüre derselben lernt man in dem Verf. einen Mann von grossem psychologischen Verständniss und noch grösserem psychologischen Geschick und Takt kennen. „Nicht als ob G. (von Haus aus Ingenieur) einer wissenschaftlichen, psychiatrischen Auffassung fern stünde. Die Begriffe der Entartung, der Hysterie und der Hypochondrie, die Suggestion sind ihm wohl geläufig. Man sieht, dass G. seine Beziehungen zu den Aerzten des Burghölzli wohl benutzt hat,“ schreibt Wildermuth. Die Beobachtungen, auf die sich die Ausführungen des Verfassers beziehen, scheinen hauptsächlich bei Nervenkranken mit erheblicheren Charakterveränderungen oder gar Depravationen gewonnen, wie man solchen vielfach in Irrenanstalten begegnet; dem Anstaltsarzte werden auch die meisten der hier niedergelegten Beobachtungen nicht neu sein, zumal ja in den besseren Irrenanstalten nicht nur für die verschiedenartigste Beschäftigung gesorgt ist, sondern auch dem Einzelnen die ihm zusagende Beschäftigungsweise ausgewählt wird. Dass dieses Regime zum Grundsatz der zu errichtenden Volksnervenheilstätten gemacht werden muss, ist bereits von Möbius in seiner bekannten Schrift dargelegt und wird auch von G. gefordert.

Ueber die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins. Von W. Weygandt. München 1899. 63 S.

Auf Grund dieser klinischen Studie kommt Verf. zu dem Resultat, dass in Fällen circulären oder manisch-depressiven Irreseins ungemein häufig Mischungen der Cardinalsymptome aus jeder der beiden typischen Phasen vorkommen, meist nur von kürzerer Dauer; in einigen Fällen kann der Mischzustand einen Anfall vollständig oder wenigstens in seiner längsten Zeit ausfüllen; meist neigen die späteren Anfälle zu länger dauernden Mischzuständen; der Verlauf sei vielfach etwas langwieriger als der des rein manischen oder rein depressiven Anfalls, jedoch sei im Uebrigen die Prognose in Bezug auf die Heilung vom Anfall genau dieselbe.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**

Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 27. 30. September **1899.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Ueber Beschäftigungstherapie bei functionellen Nervenkranken.

Von *Oskar Vogt.**)

Wenn ich heute hier das Wort ergreife, um meine Erfahrungen mit Beschäftigungstherapie bei functionellen Nervenkranken zu resumiren, so geschieht es aus folgender Ueberlegung. Setzt schon jede Form psychotherapeutischen Eingreifens eine weitgehende Individualisirung der Behandlung voraus, so gilt dieses noch ganz speciell von ihrem schwierigsten Abschnitt: der Beschäftigungstherapie. Diese nothwendige Individualisirung muss einer empirischen Basis entwachsen. Aber uns fehlt noch diese Basis. Sie errichten zu helfen ist der Zweck meiner Ausführungen.

Zunächst möchte ich kurz schildern, welche allgemeinen Gesichtspunkte ich bei der Wahl der Beschäftigung zu beobachten gelernt habe: und zwar 1. mit Rücksicht auf den therapeutischen Nutzen, 2. mit Rücksicht auf die Persönlichkeit des Kranken und 3. mit Rücksicht auf die Persönlichkeit des Arztes.

Der therapeutische Nutzen der Beschäftigung zeigte sich mir nach drei Seiten hin. Die Arbeit wirkte günstig auf meine Kranken ein: 1. durch Inanspruchnahme der Aufmerksamkeit des Kranken, 2. als die normale Befriedigung des Beschäftigungstriebes und 3. als indirecte Quelle von Lustgefühlen.

Was die günstige Wirkung der Arbeit durch die für ihre Ausführung nothwendige Concentration der Aufmerksamkeit anbelangt, so brauche ich hier vor Nervenärzten ja nicht weiter zu erörtern, wie gerade bei den functionellen Nervenkranken die Aufmerksamkeit auf die eigene Person eingestellt ist und dieses egocentrische Denken direct oder autosuggestiv die Krankheitserscheinungen vermehrt. Ich brauche nur auszuführen, welche Bedingungen nach meiner Erfahrung von einer Beschäftigung erfüllt werden müssen, damit sie im höchsten Grade das egocentrische Denken der Kranken bekämpft.

Die Beschäftigung muss zunächst möglichst geringe Beziehungen zu den Krankheitserscheinungen des Patienten haben. Hier sind es hauptsächlich zwei Punkte, die in Betracht kommen. Handelt es sich um Kranke, die bisher sich beschäftigt haben, so hat sich gar oft eine enge Association zwischen der beruflichen Bethätigung und den nervösen Beschwerden ausgebildet. Hier gilt es dann, eine Arbeit zu wählen, die sich von der

*) Die folgenden Ausführungen sollten einen Vortrag auf der diesjährigen Münchener Naturforscherversammlung bilden. Verf. war aber am Halten dieses Vortrags verhindert.



beruflichen Bethätigung möglichst unterscheidet und so die geringsten Associationen zu den Krankheitserscheinungen des Patienten aufweist. Ein zweites Moment, durch welches die Beschäftigung den Kranken leicht wieder zu seinen Beschwerden hinlenkt, beobachtet man da, wo der Kranke während der Bethätigung von der Idee beherrscht wird, dass dieselbe ein therapeutisches Mittel sei. Er beachtet da beständig die Wirkung der Arbeit auf seinen Zustand. Er hört so überhaupt nicht auf, an sich zu denken und unterhält damit dauernd diese wesentliche Quelle seiner Beschwerden.

Eine weitere nothwendige Bedingung ist die, dass die Beschäftigung geeignet sei, die Aufmerksamkeit in ausgedehntem Maasse auf sich zu ziehen. Die Arbeit muss überhaupt nur bei starker Concentration der Aufmerksamkeit ausführbar sein. Stickereien werden z. B. ein junges Mädchen, das zu pathogenem Wachträumen neigt, nicht an diesem verhindern. Es ist gerade dieser Gesichtspunkt, der mich mit Rieger bei functionellen Nervenkranken einer mehr geistigen Arbeit gegenüber einer rein körperlichen den Vorzug geben lässt. Ich will gleich hier hervorheben, dass meine Erfahrungen vollständig mit denen Rieger's darin übereinstimmen, dass man im Grossen und Ganzen viel grössere geistige Anforderungen speciell an die grosse Gruppe hysterisch veranlagter Menschen stellen kann, als man für gewöhnlich glaubt, und dass der ärztliche Rath der Schonung in solchen Fällen oft geradezu ein krankmachendes Gift darstellt.

Damit die Arbeit die Aufmerksamkeit des Kranken fesselt, muss sie endlich das Interesse des Kranken erregen. Sie muss diesen immer wieder von Neuem anregen können, sich ihr zu widmen. Die Freude und die Befriedigung, welche der Kranke in der Arbeit findet, muss als Peitsche dienen können, wenn seine nervösen Beschwerden seine Arbeitsfähigkeit bedrohen. Zu diesem Zwecke muss einmal die Art der Arbeit der Bethätigungsneigung des Patienten angepasst sein. Beim Fehlen anderweitiger Contraindicationen wäre es thöricht einen Kranken, der zu geistiger Beschäftigung tendirt, zu wesentlich manueller Arbeit zu zwingen oder umgekehrt. Vor Allem aber muss eine Beschäftigung gewählt werden, welche durch ihre Resultate dem Kranken Interesse abgewinnt. Dieses Interesse kann ein primäres oder ein secundäres sein. Um ein primäres Interesse handelt es sich dann, wenn das vom Kranken Geschaffene in ihm unmittelbar Lustgefühle hervorruft. Die secundäre Lustbetonung tritt da in den Vordergrund, wo der Kranke seine Freude darin findet, anderen Menschen durch die von ihm geleistete Arbeit wohlzuthun.

Diese letzten Betrachtungen berührten bereits die übrigen günstigen Wirkungen der Arbeit. In uns Allen steckt der Trieb zur Bethätigung. Wird derselbe nicht in adäquater Weise befriedigt, so resultiren daraus leicht nervöse Störungen. Es giebt intelligente Frauen, denen die Beschäftigung mit dem Haushalte nicht genügt, die einer geistigen Beschäftigung bedürfen. Finden sie diese nicht, dann ergeben sie sich pathogenen Grübeleien. Es giebt Künstlernaturen, die von einzelnen Vorstellungscomplexen ähnlich wie von Zwangsvorstellungen gequält werden, bis sie ihnen irgend einen künstlerischen Ausdruck verleihen, sie in einem Bilde, in einer Statue, in einem Gedichte nach aussen entladen. In Bezug auf diesen Punkt erwachsen der Beschäftigungstherapie eine ganze Reihe neuer Aufgaben. Wo der Bethätigungstrieb infolge von Degeneration oder schlechter Erziehung rudimentär ist, muss sie ihn zu entwickeln streben. Wo er eine perverse Gestalt angenommen hat, muss sie ihm eine andere Richtung zu geben suchen. Wo er an sich so geartet ist, dass eine im Uebrigen auf den Kranken günstig wirkende Beschäftigung ihm eine adäquate Befriedigung geben kann, ist die Art der Beschäftigung der Bethätigungsneigung des Kranken anzupassen.

Die letzte günstige Wirkung der Arbeit sind die — wie wir schon sahen — bald primären, bald secundären Lustgefühle, welche aus der geleisteten Arbeit entspringen. Diese tragen ihrerseits dazu bei, die depressiven Gefühle zu paralysiren, zu denen der Kranke neigt und welche ja in verschiedener Weise seine Leiden verschlimmern. Der Hauptnutzen solcher lustbetonter Arbeit besteht aber nicht darin, sondern in ihrer oben bereits betrachteten Rückwirkung auf den Fleiss des Kranken.

Um solche Lustgefühle hervorzurufen, muss die Arbeit vor Allem eine nützliche sein. Dieser Gesichtspunkt ist denn auch von allen Autoren betont worden. Aber wir müssen mit Grohmann diese Forderung noch dahin detailliren, dass sich der Kranke möglichst oft von der Nützlichkeit seiner Arbeit überzeugen können muss. Die Beschäftigung muss so eingerichtet sein, dass der Kranke den Fortschritt ständig wahrnimmt.

Wir haben bisher die Momente geschildert, welche

für den Heilwerth der Beschäftigung von Bedeutung waren. Wir müssen jetzt betrachten, welche Bedingungen eine Beschäftigungstherapie gegenüber den Patienten zu erfüllen hat. Sie muss für diesen realisirbar sein. Hier kommt einmal die subjective Leistungsfähigkeit des Patienten in Betracht und dann gewisse sociale Gesichtspunkte.

Wir haben vorhin darauf hingewiesen, dass die Arbeit so schwer zu gestalten ist, dass sie constant die Aufmerksamkeit des Patienten fesselt. Wir haben hier zu betonen, dass sie andererseits natürlich nicht die Concentrationsfähigkeit der Aufmerksamkeit des Patienten überschreiten darf. Die Arbeit darf dem Patienten nicht zu schwer sein. Hier muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass auf die specielle leichte Ermüdbarkeit dieses oder jenes Organes manches Patienten individualisirende Rücksicht genommen werden muss. Vor Allem müssen hier jene vorwiegend localisirten Neurasthenien berücksichtigt werden, die man als Beschäftigungsneurosen bezeichnen könnte und die nicht nur in der Form des Schreibkrampfes und ähnlicher Krankheitsbilder auftreten, sondern noch öfter geistige Arbeiter befallen. Man beobachtet an diesen gar nicht selten, dass sie, nachdem sie sich exessiv mit einem speciellen Fache beschäftigt haben, neben einigen allgemeineren nervösen Symptomen vor Allem eine herabgesetzte Leistungsfähigkeit in diesem übermässig betriebenen Fache zeigen. Hier rathe ich nach einem Stadium vollständiger Ruhe eine Beschäftigung in einem ganz anderen Gebiete. Und erst nach verhältnissmässig langer Zeit gestatte ich mehr oder weniger die Rückkehr zu der ursprünglichen Bethätigung.

Sodann warne ich vor zu grosser Mannigfaltigkeit in der Beschäftigung. Man hat dieselbe aus Furcht vor einseitiger Uebermüdung empfohlen. Ich habe stets gleichförmige Arbeit für nützlicher befunden. Es erleichtert dann nämlich das Moment der Einübung derartig die Arbeit, dass wir so den besten Schutz vor Uebermüdung gewinnen.

Die Arbeit muss weiterhin social durchführbar sein. Hier muss ich zunächst die traurige Thatsache constatiren, dass wir sehr oft mit socialen Vorurtheilen unserer Patienten und noch mehr mit denen ihrer Angehörigen zu kämpfen haben. Dann fällt hier sehr schwer der Umstand ins Gewicht, dass uns gar oft die ökonomischen Verhältnisse daran hindern, mit jener Arbeit einen Heilversuch zu machen, die an und für sich am meisten angezeigt wäre. Von ausschlaggebender Bedeutung für die Wahl der Beschäftigung wird diese sociale Seite dann, wenn es gilt, den Patienten wieder berufsfähig zu machen oder ihn überhaupt erst, was namentlich ja beim weiblichen Geschlechte nicht so selten ist, zu einem Berufe zu erziehen.

Wir kommen jetzt zu einem letzten sehr wichtigen Gesichtspunkte bei der Wahl der Beschäftigungsform. Es handelt sich hier um die Person des Leiters einer Beschäftigungscur. Ich will hier nicht darauf eingehen, dass es, von ganz seltenen Ausnahmen abgesehen, sich immer dabei nur um Aerzte handeln kann und dass selbst unter diesen immer nur sehr wenige die entsprechende psychotherapeutische Veranlagung und die selbstlose Hingabe haben, die eine solche Beschäftigungstherapie erfordert. Ich will hier von dem Verständniss und dem Interesse sprechen, welches der Leiter einer Beschäftigungscur der Beschäftigung entgegenbringen muss, um den Kranken den erforderlichen Beistand zu liefern. Letzterer hat einmal in praktischen Rathschlägen und dann in Ermunterungen zu bestehen. Vor Allem im Anfang einer Arbeitscur, wenn der Kranke noch auf der Höhe seines Leidens sich befindet, muss der Arzt verstehen, die günstigen Gefühlswirkungen, die eine erfolgreiche Beschäftigungstherapie auslösen muss, durch seine Person zu verstärken. Der Arzt muss ein Interesse an der Beschäftigung nehmen, um dieses dann seinen Kranken einflössen zu können. Mir erklärte eine Patientin, die Constatirung meiner Freude über ein besonders gelungenes Hirnpräparat wäre ihr ein hinreichender Lohn für tagelange Arbeit. Ich muss gestehen, dass ich eine solche Freude nicht empfinden könnte für ein umgegrabenes Stück Land oder über eine aus Schwartenholz angefertigte Gartenhütte. Grohmann's Interesse an solchen Leistungen setzt ihn in den Stand, seine Kranken dafür zu begeistern. Wer andere Interessen hat, muss die Beschäftigungsart diesen anpassen. Das therapeutische Interesse, welches der Arzt einfach dem Umstande entgegenbringt, dass sich seine Patienten überhaupt beschäftigen, genügt nach meinen Erfahrungen nicht, um solche Kranke zur Beschäftigung zu erziehen, die überhaupt dazu des ärztlichen Eingreifens bedürfen.

Hiermit habe ich die für die Wahl der Beschäftigung in Betracht kommenden Gesichtspunkte, soweit ich sie im Laufe der Jahre erkannt habe, kurz geschildert. Ich möchte nun mit wenigen Worten auf meine speciellen Erfahrungen eingehen.

(Schluss folgt.)





Fuhrmann Henschel.

Ein Gutachten von *Eduard Hess*-Stephansfeld i. E.

(Schluss.)

Es bleibt stets bedauerlich und ruft in literarischen Kreisen nur Heiterkeit und Spott, manchmal auch Entrüstung hervor, wenn, wie es schon geschehen ist, ein Psychiater quasi ex cathedra, vom hohen Ross herunter, womöglich ohne Begründung, über einen Dichter, der es sich gestattet, einen Gang ins pathologische Gebiet zu machen, einfach deshalb ein abfälliges Urtheil ausspricht. Wenn der betreffende Gelehrte derartige Dinge nicht gern liest, so ist das sein privater Geschmack, der ihn aber nicht dazu berechtigt, im Namen der Wissenschaft zu reden. Und gar im Allgemeinen zu behaupten, die Werke unserer grossen Dichter seien eine psychiatrisch-wissenschaftliche Untersuchung nicht werth, das könnte nur als Gelehrtendünkel bezeichnet werden. Ich bin im Gegentheil der Meinung, dass es unsere Pflicht ist, alle bedeutenden Dichtungen, in denen psychopathologische Gestalten oder Zustände eine Rolle spielen, auf ihre psychiatrische Qualität zu untersuchen, das Richtige zu bestätigen und zu erläutern, das Falsche zu kritisiren; die naturwissenschaftliche Weltanschauung auch in Sachen der Kunst erfordert das, die ästhetisch-philologische Betrachtung, der philosophische Dogmatismus befriedigt ja schon lange keinen mehr. Und wenn wir noch weiter gehen und mehr, als es bisher geschehen ist, mit der Fackel der Psychiatrie in die Weltgeschichte hineinleuchten und die historischen Persönlichkeiten auf ihre psychopathologischen Züge untersuchen, da wird manches annoch Dunkle klar und manches Räthselhafte natürlich werden.

Nun noch eine ästhetische Angelegenheit. P. J. Möbius, der in seinem Buche „Ueber das Pathologische bei Göthe“ alle einschlägigen Fragen streift und vorbildlich geworden ist für ein psychiatrisches Eindringen in die Persönlichkeit eines Dichters und seiner Werke, sagt daselbst: „Je abnormer oder krankhafter ein Mensch beschaffen ist, um so weniger findet bei ihm eine normale Motivation statt. Je mehr die Krankheit wächst, um so mehr schwindet die normale Motivation, oder, was dasselbe ist, die psychologische Freiheit. Bei einem gewissen Grade der Krankheit hört sie ganz auf, der Mensch wird dann unfrei oder unzurechnungsfähig. Er denkt und handelt dann ganz unter einem organischen Zwange, er ist psychologisch nicht mehr verständlich. Ein solcher Mensch ist nicht nur dem Strafrechte entzogen, sondern auch der Poesie. Denn diese will das Allgemein-Menschliche darstellen, die von ihr verwertheten Aeusserungen und Thaten müssen psychologisch vermittelt sein. Daraus ergiebt sich, dass der eigentliche ‚Wahnsinn‘, d. h. die ausgesprochene Geisteskrankheit, nicht zu den dichterischen Vorwürfen gehören kann. Natürlich kann der Dichter auch Geisteskranke darstellen ebenso wie andere natürliche Dinge, aber er darf dann die Geisteskrankheiten nur so verwenden, wie er körperliche Krankheiten verwendet oder Unglücksfälle. Die Motivirung hört bei ihnen auf.“ Dies erläutert Möbius am „König Lear“ folgendermaassen: „Shakespeare bringt im König Lear einen Geisteskranken, der an Altersschwachsinn leidet und dessen Zustand sich während des Stückes zu acuter Verwirrtheit steigert, auf die Bühne. Lear ist unzurechnungsfähig und kann deshalb nicht Held der Tragödie genannt werden. Er ist einer Naturgewalt zu vergleichen, und die durch ihn Leidende und Sterbende, Kordelia, ist eigentlich allein eine tragische Figur.“

Das Alles klingt ganz folgerichtig und ist es in psychologischer Hinsicht auch und wird besonders Denen zur Aufklärung dienen, die glauben, eine Irrenanstalt berge die Stoffe zu tausend Dramen und Romanen in sich. Soweit es sich aber auf das dichterische Schaffen bezieht, erinnert es etwas zu sehr an die Sprache der alten Pedanten der Poetik — der Dichter „darf“, „kann“, „darf und kann nicht“ —, und das „Allgemein-Menschliche“, das die Poesie angeblich darstellen will, ist etwas recht Nebelhaftes. Der Dichter kann eben thun, was er will, und wenn er einen Wahnsinnigen zum „Helden“ seines Stückes machen will, so möge er es versuchen; theoretische Vorschriften giebt es da keine; die Aesthetik verhält sich zur Dichtung wie die Naturwissenschaft zur Natur; aus früheren Erfahrungen erschliesst man Gesetze; aber eine neue Entdeckung, eine neue Dichtung kann viele früheren Erfahrungen und Gesetze über den Haufen werfen. An dem Worte „Held“ oder „Hauptperson“ darf man nicht hängen bleiben; einmal steht diese, einmal jene Person im Vordergrund der Handlung, der „Held“ kann gewissermaassen von Akt zu Akt wechseln,



man dürfte also höchstens dem Dichter den Vorwurf machen, dass er seine Dichtung nach einer bestimmten Person genannt hat. In „Wallensteins Tod“ ist z. B. in den beiden letzten Akten nicht Wallenstein, sondern Buttler die treibende Kraft, der Träger der Handlung, Wallenstein spielt nur noch eine passive Rolle. Wenn also die Person, die als sogenannter „Held“ der Dichtung gedacht ist, geisteskrank wird, so hat trotz mangelnder Zurechnungsfähigkeit und Motivation das weiter gar nichts zu sagen, wenn nur — die Dichtung trotzdem gut ist wie der „König Lear“. Um sein vorurtheilsvolles ästhetisches Gewissen zu beruhigen, kann man dann wie Möbius sich irgend einen Ausweg schaffen, das schadet nichts, aber es ist nicht nöthig. Der Fuhrmann Henschel wird zum Schluss schwer geisteskrank und unzurechnungsfähig, er bleibt nach wie vor die Hauptperson des Stückes, und mit jedem weiteren wahnwitzigen Worte des irren, schuldlosen Unglücklichen wächst die unheimliche und packende Gewalt der Dichtung. Und sollte es einmal einem Dichter einfallen, in einer Dichtung lauter geisteskranke Personen auftreten zu lassen, nun, dann wollen wir erst sehen, wie uns die Dichtung gefällt, und nachher unser Urtheil darüber abgeben, ob eine solche Dichtung möglich war oder nicht. Der Dichter ist — objectiv — absolut frei in der Wahl des Stoffes wie der Form seiner Dichtung; d. h. soweit wir überhaupt eine absolute Freiheit der geistigen Functionen anerkennen. Darüber äussert sich Möbius ja sowohl in seinem „Göthe“ wie in seinem „Schopenhauer“ sehr treffend.

Ich möchte ja nicht missverstanden werden und spreche es deshalb klar und deutlich aus: ein Dichter kann ohne Einschränkung psychopathologische Personen und Zustände schildern; der Werth der Dichtung an sich wird natürlich nicht durch die Psychiatrie entschieden, es kann ein Dichter den Anforderungen der Psychiatrie in exactester Weise genügen und sein Werk trotzdem eine Stümperarbeit sein; wenn ein Dichter psychopathologische Personen oder Zustände behandelt, so ist er in dieser Beziehung der Kritik des Psychiaters unterworfen, und wenn er vor dieser nicht besteht, so ist damit ein Mangel seines Werkes erwiesen, der in seiner Grösse der Bedeutung entspricht, die das psychopathologische Moment in der Dichtung hat.

Ob Gerhart Hauptmann's „Fuhrmann Henschel“ ein grosses Werk ist oder nicht, darüber kann ich mich hier in keine Erörterungen einlassen; ich kann nur meine subjective Ansicht aussprechen. Und die ist, dass der „Fuhrmann Henschel“ den Höhepunkt des Wirklichkeitsdramas bedeutet. Würde ich diese Dichtung nicht so überaus schätzen, so hätte ich ein Gutachten über den Helden derselben überhaupt nicht niedergeschrieben. So gut man Shakespeare und Göthe psychiatrisch studirt, kann man auch Hauptmann seine Aufmerksamkeit schenken; man braucht bei ihm so wenig wie bei Ibsen zu warten, bis sie fünfzig oder hundert Jahre todt sind.

Nun noch eine Bemerkung zu dem vierten Akt des Dramas, der im Wirthshaus spielt.

Wir sind gewohnt, auf der Bühne die Trunksucht in ihrer angenehmen, drolligen und witzigen Gestalt zu sehen; ich brauche nur an die vielen Operetten, komischen Opern und Lustspiele zu erinnern, in denen uns Betrunkene amüsiren, ich brauche unter den Grossen nur auf Shakespeare und Göthe hinzuweisen. In Max Halbe's „Mutter Erde“, um ein hervorragendes neueres Drama zu nennen, wird mit groteskem Humor ein Leichengelage geschildert, und nur der erbärmlichste, kläglichste und traurigste Patron des Stückes, Clyszinski, bekennt sich zur Abstinenz und isst lieber Süssigkeiten, weil der Alkohol die edlen Instinkte tödte. Der Kerl ist vortrefflich gezeichnet, und man kann sich ihn wirklich nicht als Mitwirkenden bei einem fröhlichen Männertrunke vorstellen, höchstens bei einem Glase Cognac oder Liqueur.

Hauptmann fasst wie in früheren Dichtungen, so gleich seiner ersten „Vor Sonnenaufgang“, auch im „Fuhrmann Henschel“ die Alkoholfrage nicht von der heiteren Seite auf, er benutzt sie nicht zu Ulk und Scherz, sondern er giebt in seinem vierten Akt ein erschütterndes Gemälde all' des Abstossenden, das das Wirthshaussitzen so oft mit sich bringt. Ohne tendenziöse Uebertreibung in peius, sondern ernst sachlich. Eine Scene, wie in dieser Art die dramatische Literatur keine zweite aufweist. Während sonst die Theaterzechereien so reizend sind, dass man gern mitten darunter sein möchte, verspürt wohl kein Zuschauer Lust, im „wilden Schwan“ einen Schoppen mitzutrinken. Hauptmann war es natürlich nicht darum zu thun, im Sinne des braven Bürgers moralisch zu wirken, aber da wir nun einmal eine solche „moralische“ Scene haben, so sei das anerkannt und gebührend betont.

Ich möchte übrigens nicht in falschen Verdacht



kommen: ich bin kein puritanischer Finsterling, und lieber möge der ganze „graue Schwan" vom Erdboden verschwinden, als dass „Auerbach's Keller" auch nur eine Woche lang geschlossen werde oder die Schenke „zum wilden Schweinskopf" in Eastcheap.



Die Zahl der Aerzte in den preussischen Provinzial-Irrenanstalten.*)

Die Zusammenstellungen über das Verhältniss der angestellten Aerzte zur Zahl der Kranken in den Irrenanstalten der preussischen Provinzen in Nr. 23 dieser Wochenschrift giebt ein schiefes Bild von den thatsächlichen Verhältnissen. Bresler hat in einer Anmerkung zu dem Aufsatz mit Recht hervorgehoben, dass die Directoren nicht mitzurechnen sind, weil sie keine Krankenabtheilung führen, mithin für die Behandlung der Kranken resp. die Arbeit, welche für die einzelnen Aerzte aus derselben erwächst, nicht in Betracht kommen. Dagegen sind die Volontairärzte, welche im Allgemeinen nach kurzer Lehrzeit eine Krankenabtheilung bekommen und wie die Assistenzärzte führen, als vollwerthige Kräfte in Anrechnung zu ziehen. Ich habe nun nach diesen Grundsätzen die Umrechnung angestellt und zwar das Verhältniss der Aerzte nicht für die einzelnen Anstalten, sondern für jede Provinz im Ganzen berechnet, wodurch die Differenzen, die zwischen Heil- und Pflegeanstalten vielfach bestehen, sich ausgleichen und ein Ueberblick gewonnen wird, wie jede Provinz der Fürsorge für die Bereitstellung ärztlicher Kräfte für den eigentlichen Krankendienst genügt. Ich muss dabei bemerken, dass ich die kleineren Pflegeanstalten Tapiau in Ostpreussen, Stralsund und Rügenwalde in Pommern und Wittstock in Brandenburg wegen der eigenartigen Verhältnisse ausser Berechnung gelassen habe. In Westfalen giebt die Pflegeanstalt Eickelborn mit 500 Kranken auf einen Arzt, der ausserdem noch Arzt der Corrigendenanstalt ist, wenn sie mitgerechnet wird, gleichfalls ein schiefes Bild der Aerzteversorgung der westfälischen Anstalten; ich habe daher die Berechnung einmal ohne und einmal mit Eickelborn gemacht, im letzten Falle natürlich den Director als den einzigen Arzt in Rechnung gezogen. Desgleichen

*) Red. möchte bei dieser Gelegenheit auch noch einmal daran erinnern, in welcher Weise sich Alt in seinem am 1. Mai 1896 zu Hannover im Verein der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens gehaltenen Vortrage „Beitrag zur Wärterfrage etc." hierzu geäussert hat:

„Damit wäre die Frage angeschnitten: Auf wie viel Kranke muss in einer Heil- und Pflegeanstalt ein Arzt kommen? Diese Frage ist ohnedies gar nicht von der Wärterfrage zu trennen, denn ohne ausreichendes Aerztepersonal ist ein wirklich gutes Wartepersonal gänzlich undenkbar.

Es ist natürlich nicht meine Absicht, auf diese allgemein gehaltene Frage eine überall zutreffende Antwort zu geben, zumal zu einer Zeit, in der noch die Meinungen der verschiedenen Anstaltsleiter gerade über diesen Punkt so ausserordentlich weit auseinander gehen. Bedauerlicher Weise erschweren derlei grelle Meinungsverschiedenheiten unter uns Fachmännern — in dieser wie auch in anderen Fragen — es selbst den wohlmeinendsten Verwaltungsorganen ungemein, ein bestimmtes Urtheil über die Berechtigung psychiatrischer Forderungen zu gewinnen, noch mehr aber in den abstimmenden Körperschaften (Ausschuss, Landtag) mit dem erforderlichen Nachdruck dafür einzutreten. Sie müssen gewärtigen, dass ein oder der andere Abgeordnete sofort eine Anzahl gegentheiliger Aussprüche anerkannter psychiatrischer Autoritäten citirt und damit die Versager der Geldmittel auf seine Seite schafft. Vor Allem dürfen unsere Forderungen nicht von vornherein das Merkmal praktischer Undurchführbarkeit an sich tragen. Wenn z. B. jüngsthin für jede Anstalt, welche auch Heilzwecken dienen soll, auf je 50 Kranke ein Abtheilungsarzt nebst einem Assistenten, also auf je 25 Kranke ein Arzt — von anderer Seite sogar auf 10 Kranke einer — gefordert wurde, so wird damit gewiss genau das Gegentheil von dem erreicht, was bezweckt war. Für Kliniken mag das ja zweckmässig und durchführbar sein, aber wie soll dies Verhältniss durchgeführt werden in einer Anstalt für 600 Kranke, die demnach 24 Aerzte nöthig hätte? Die Behörden und die abstimmenden Körperschaften kommen sehr leicht zu dem Schlusse, dass die Psychiater in ihren Forderungen maasslos sind und daher grundsätzlich abgewiesen werden müssen. Wir dürfen also einerseits unsere Forderungen nicht höher als unbedingt nöthig stellen, müssen aber andererseits die als nothwendig anerkannte Zahl von Aerzten nachdrücklichst fordern und im Falle der Ablehnung unnachgiebig immer und immer wieder verlangen.

Es giebt auch hier eine Grenze, jenseits welcher die Nachgiebigkeit Mitschuld wird.

Nach meinem persönlichen Dafürhalten, das übrigens mit dem zahlreicher Anstaltsleiter übereinstimmt, sind unter fertigen Verhältnissen in einer grösseren Heil- und Pflegeanstalt mit 25 % Jahresaufnahmen auf je 100 Kranke ein Arzt — den durch die Verwaltungsgeschäfte absorbirten Director nicht eingerechnet — erforderlich; (für) bei besonders starkem Krankenwechsel sind noch weitere ein bis zwei Aerzte für den Dienst auf den Aufnahme- und Wachabtheilungen nöthig. Eine gemischte Anstalt von 600 Krankenbetten würde demnach ausser dem ärztlichen Director bei einer Jahresaufnahme von 150 Kranken 6, bei einer solchen von 200—300 Kranken 7—8 Aerzte bedürfen; von diesen muss die eine Hälfte aus praktisch durchgebildeten Psychiatern bestehen, während die übrigen Collegen jüngere Aerzte sein können.

Aufgabe der Aerzte ist es, durch Wort und Beispiel, am Krankenbett wie bei der Arbeit, in der Einzelunterweisung wie in Unterrichtscursen dem Wartepersonal wahren Berufseifer einzuflössen und zu stärken, das fachliche und allgemeine Wissen zu fördern und vor Allem jene unerschütterlich gleichmässige Besonnenheit im Fühlen und Handeln anzuerziehen, ohne die es unmöglich ist, selbst dem aufgeregtesten und tückischsten Kranken gegenüber stets gleich wohlwollend-liebenswürdig und doch bestimmt zu sein."

(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, I. Jahrg.)



habe ich bei der Anstalt Lublinitz in Schlesien, welche bei 300 Kranken nur zwei Aerzte hat (die Angaben, welche in dem genannten Aufsatze bei dieser Provinz wie in Schleswig-Holstein für die einzelnen Anstalten fehlen, habe ich anderen mir gewordenen Mittheilungen entnommen), und bei den Pflegeanstalten Merxhausen und Haina die Directoren mitgerechnet, indem ich annehme, dass dieselben bei der grossen Zahl der Kranken auch eine Krankenabtheilung führen. In Hessen-Nassau habe ich übrigens die Anstalt Weilmünster, welche eigenthümlicher Weise in jener Zusammenstellung ausgelassen ist, mitgerechnet.

Neben dem Krankenbestand habe ich aber auch noch die Zahl der jährlichen Aufnahmen, welche einen kaum weniger wichtigen Maassstab für die von den Anstaltsärzten zu leistende Arbeit abgeben, bei den einzelnen Anstalten in Betracht gezogen und das Verhältniss der Aerzte zur Zahl der jährlichen Aufnahmen berechnet. Vollständige Angaben für die Aufnahmezahlen standen mir nur für das Jahr 1897 in Laehr und Leweld: Die Heil- und Pflegeanstalten für psychisch Kranke zu Gebote.

Danach ergiebt sich in:

	Zahl der Aerzte	Zahl der Kranken	Zahl der Aufnahmen (im Jahre 1897)	Auf jeden Arzt entfallen Kranke	Auf jeden Arzt entfallen Aufnahmen
Ostpreussen	12	1875	517	156	43
Westpreussen	10	1600	427	160	42
Pommern	9	1120	315	124	35
Brandenburg	17	3110	575 (ohne Neu-Ruppin)	177	48
Posen	11	1720	393	156	36
Schlesien	26	ca. 4400	898	169	38
Sachsen	18	2770	803	154	44
Schleswig-Holstein	11	1550	532	141	48
Hannover	11	1640	542	149	49
Westfalen mit Eickelborn	13	2220	639	185	49
Westfalen ohne „	12	1728	608	144	50
Rheinprovinz	27	3685	1693	135	62
Hessen-Nassau	18	2890	682	160	38
Königreich Preussen	182	27 988	7985	153	43

Die meisten Aerzte im Verhältniss zur Zahl der Kranken hat also Pommern mit 1:124, dann kommt die Rheinprovinz mit 1:135, Schleswig-Holstein und Westfalen (ohne Eickelborn) mit 1:141 resp. 1:144, Hannover mit 1:149, Sachsen, Posen und Ostpreussen mit 1:154 resp. 1:156, Hessen-Nassau und Westpreussen mit 1:160, Schlesien mit 1:169, schliesslich Brandenburg mit 1:177.

Im Verhältniss zur Zahl der Aufnahmen hat die meisten Aerzte wiederum Pommern mit 1:35, dann kommt Posen mit 1:36, Schlesien und Hessen-Nassau mit 1:38, West- und Ostpreussen mit 1:42 resp. 1:43, Sachsen mit 1:44, Brandenburg und Schleswig-Holstein mit 1:48, Hannover mit 1:49, Westfalen mit 1:49 (resp. 1:50) und im weiten Abstande davon die Rheinprovinz mit **1:62**. Dieses ungünstige Verhältniss in der Rheinprovinz wird besonders durch die Anstalt Bonn herbeigeführt, wo auf 453 Aufnahmen im Jahre 1897 (in den Jahren 1896/97 und 1897/98 waren es durchschnittlich 436 Aufnahmen) nur 5 Aerzte (ohne Director) oder auf 90 Aufnahmen 1 Arzt kommen.

Die Provinz Pommern ist sonach sowohl bezüglich der Zahl der Kranken als der Aufnahmen am reichlichsten mit Aerzten versorgt und entspricht ungefähr dem Ideal (wie es wohl auch nach Eröffnung der neuen Anstalt Treptow a. R. bleiben wird), während Ost- und Westpreussen in beiden Beziehungen ungefähr den Durchschnitt erreichen, Brandenburg aber ziemlich weit unter dem Durchschnitt bleibt. Jedenfalls nimmt Ostpreussen nicht, wie sich nach der Zusammenstellung in Nr. 23 ergeben würde, den letzten Rang ein. Soll Pommern von den anderen Provinzen erreicht werden, so fehlen bei Berücksichtigung beider Factoren in Ost- und Westpreussen je 3 Aerzte, in Brandenburg 6, in Posen 2 bis 3, in Schlesien 4, in Sachsen 2 bis 3, in Schleswig-Holstein und Hannover je 3, in Westfalen 5, in der Rheinprovinz 11 und in Hessen-Nassau 4 Aerzte. Hoppe (Allenberg).



Mittheilungen.

— **Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in München vom 17. bis 23. September 1899. Abtheilung Neurologie und Psychiatrie.** Anwesend waren ca. 90 Theilnehmer. Von den angemeldeten Vorträgen sind mehrere ausgefallen. Gehalten wurden folgende Vorträge: Szumann-München: Ueber Neurosen als Nachkrankheiten des Hitzschlags. — P. Tesdorpf-München: Beitrag zur Lehre von der symmetrischen Gangrän. — Krause-Jena: Syphilispsychosen. — Jolly-Berlin: Ueber Aphasie, mit Demonstrationen. — Edinger-Frankfurt a. M.: Studien über das Gedächtniss bei niederen Verte-

braten (berichtet, dass die bisher gemachten Beobachtungen nicht dafür sprechen, dass die Fische ein Gedächtniss haben). — Sander-Frankfurt a. M.: Ueber das senile Rückenmark, mit Demonstrationen. — Straub-München: Ueber Gefässveränderungen bei allgemeiner Paralyse (Straub hat in 90% der Sectionen männlicher Paralytiker Sclerose der Aorta, besonders am arcus, gefunden, die syphilitischer Natur war; auch an Gehirngefässen konnte er eine solche constatiren. Straub demonstrirte entsprechende photographische Abbildungen). — Bumm-München: Experimentelle Untersuchungen über das Ganglion ciliare der Katze (nach Gudden'scher Methode; Resultat war, dass der Oculomotorius mit dem Ganglion ciliare nicht in directem Zusammenhange steht, da in letzterem nach Durchtrennung jenes Nerven keine Degeneration eintritt). — v. Monakow-Zürich: Fall von Neurofibrom in der hinteren Schädelgrube (die Diagnose, welche intra vitam gestellt war, erwies sich als richtig und v. Monakow räth, in wiederkehrenden ähnlichen Fällen die Operation vorzunehmen). — Kraepelin-Heidelberg: Die klinische Stellung der Melancholie (spricht über die einzelnen Formen der Melancholie und weist auf prognostische Merkmale der ungünstigen Formen hin [katatonische Erscheinungen, Gedächtnissdefecte]). — Mingazzini-Rom demonstrirte Präparate eines Falles von Mikrocephalie; das Gewicht des Gehirns hatte ca. 300 g betragen. — Pick-Prag berichtete über einen Fall von Muskelatrophie, die anscheinend unabhängig von den Nerven erfolgt war, Bayerthal-Worms über die Heilung acuter Geistesstörung nach Exstirpation einer Hirngeschwulst. — Kaes-Hamburg theilte Tabellen mit über die Rindenbreite und den Markfaserschwund bei allgemeiner Paralyse. — Nissl-Heidelberg: Ueber die sogenannten functionellen Geisteskrankheiten (glaubt auch bei solchen schon feine anatomische Veränderungen nachgewiesen zu haben und hofft, in kurzer Zeit Genaueres hierüber mittheilen zu können). — Placzek-Berlin machte Demonstrationen zu seinem Vortrage über experimental erzeugte, persistirende Zwangshandlung und Zwangsbewegung, hervorgerufen durch Stich in den Thalamus.

Aus den Geschäftsverhandlungen sei erwähnt, dass als nächster Versammlungsort Aachen gewählt wurde. Ein sehr dankenswerther Antrag Edinger's auf **Verminderung der medicinischen Abtheilungen** bezw. Zusammenfassung der verwandten Sectionen wurde einstimmig angenommen und zur Durchführung an die medicinische Hauptgruppe verwiesen. Desgleichen wurde ein Antrag Posner's, die verschiedenen Specialcongresse in einen mittelbaren Verband zur Naturforscherversammlung zu bringen, zur Berichterstatttung für das nächste Jahr einer Commission überwiesen.

— **In der Section der Psychiater und Neurologen** der diesjährigen Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte wurde am 21. September von Kräpelin der Antrag gestellt, die Section wolle, um das Andenken Bernhard v. Gudden's zu ehren, an seinem Grabe einen Kranz niederlegen. Der Antrag wurde einstimmig angenommen und es versammelten sich am 22. Septbr. Nachmittags 1/24 Uhr die Mitglieder der Section an der Grabstätte v. Gudden's im Münchener östlichen Friedhof zu einer Gedenkfeier, bei welcher Kräpelin Gudden's Verdienste als Forscher und Lehrer würdigte, seinen klaren, durchdringenden Verstand, seine scharfe Selbstkritik, seine unerschrockene Vertretung der Wahrheit pries und auf die neuen Bahnen der Forschung, die er durch sein rastloses Arbeiten erschlossen hat, hinwies. In bewegten und bewegenden Worten schilderte er auch die hohen menschlichen Eigenschaften Gudden's, insbesondere seine energische Männlichkeit. In Folge dieser hervorragenden Eigenschaften wäre er auch dann unvergesslich geblieben, wenn die Krone des Märtyrers nicht auf sein Haupt gesunken wäre. Hierauf erfolgte die Niederlegung eines prachtvollen Kranzes am Grabe Gudden's. Grashey dankte mit warm empfundenen Worten im Namen der Hinterbliebenen für diesen Akt der Pietät, welcher die Angehörigen, wie auch die übrigen Anwesenden (meistens Schüler Gudden's) auf's Tiefste bewegt hatte.

— Zahlreiche Mitglieder des **Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohlthätigkeit,** welcher vom 21. bis 23. d. M. in Breslau tagte, besichtigten am 23. die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Freiburg i. Schl.

— Die Wanderversammlung des **Wiener Vereins für Psychiatrie und Neurologie,** welche am 23., 24. und 25. d. M. in Salzburg stattfinden sollte, musste der durch das Hochwasser in jenen Gegenden bedingten Verkehrsstörungen wegen im letzten Moment telegraphisch abgesagt werden.

— Aus **Frankreich.** Am 21. d. M. fand in Boulogne-sur-Mer die Enthüllung des Duchenne-Denkmals statt, welches dem Begründer der modernen Neurologie seine Vaterstadt gestiftet hat. Brissaud-Paris hielt die Festrede bei der Enthüllungsfeier.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

Lengerich. Assistenzarzt Dr. W. Siebert verliess die hiesige Anstalt, um an die Städtische Irrenanstalt nach Leipzig in gleicher Eigenschaft zu gehen. An seine Stelle trat Dr. Jungklaus aus Stettin.

Dresden. Dem Dr. Bünger, früher Assistenzarzt in Uchtspringe, wurde die Oberarztstelle an der Dr. Pierson'schen Heilanstalt „Lindenhof" übertragen.

Uchtspringe. Herr Dr. Burchard aus Heilsberg wurde zum Volontairarzt (X. Arzt) hiesiger Anstalt ernannt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,** Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 28. 7. October **1899.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift“ erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Ueber den gegenwärtigen Stand der Irrenverpflegung in Russland.

Von Privatdocent Dr. *P. Rosenbach*-St. Petersburg.

Bis zum Ende des vorigen Jahrhunderts existirten in Russland (Polen ausgenommen) keine Irrenanstalten, und nur einige Klöster dienten den Geisteskranken als Asyl. Erst im Jahre 1762, im Beginn der Regierung Catharina II., wurde der Befehl erlassen, die „Wahnsinnigen“ nicht mehr in Klöstern unterzubringen, sondern für sie ein eigenes „Tollhaus“ zu errichten. Einige Zeit darauf — 1775 — erfolgte die Gründung des Ressorts für allgemeine Verpflegung (Prikas obschtschestwennawo prisrenija), und demselben wurde auch die Errichtung von Irrenanstalten übertragen. Die erste russische Irrenanstalt wurde in Novgorod im Jahre 1776 eröffnet, dann entstanden mehrere in Petersburg und Moskau. Zum Anfang unseres Jahrhunderts besass der „Prikas“ bereits in 13 Gouvernementsstädten Krankenhausabtheilungen oder besondere Anstalten für Irre, und zur Mitte des Jahrhunderts gegen 50 mit ungefähr 2500 Plätzen. Unabhängig von der Thätigkeit des „Prikas“ begannen auch andere Ressorts Irrenanstalten zu errichten. Im Jahre 1832 gründete die Verwaltung der Institutionen der Kaiserin Maria Feodorowna in der Umgebung Petersburgs die Anstalt „Aller Duldenden“, anfänglich für 120 Kranke; diese Anstalt wurde später erweitert und gehört gegenwärtig zu den besten. 1842 begann die Aufnahme Geisteskranker in das Gebäude der St. Petersburger Verbesserungsanstalt, die seit 1872 in eine städtische Irrenanstalt „des heiligen Nicolaus“ umgebaut wurde und jetzt gegen 700 Kranke beherbergt. Im Jahre 1846 wurde eine Abtheilung für geisteskranke Militärs an einem Militärhospital gegründet, aus der später (1867) die Klinik der St. Petersburger medicinischen Akademie entstand. Zu dieser Zeit (1847) wurde auch in Petersburg die erste Privatanstalt von Dr. Leidesdorf, der später eine Professur in Wien übernahm, gegründet; diese Anstalt besteht noch bis heute. Während also um die Mitte des Jahrhunderts die Irrenverpflegung in der Residenz grosse und schnelle Fortschritte machte, blieben die Anstalten des „Prikas“ im Innern des Landes in einem traurigen Zustande, indem sie bis aufs Aeusserste mit unheilbaren, chronischen Kranken überfüllt waren, und die Aufnahme neuer auf immer grössere Schwierigkeiten stiess. Diese Mangelhaftigkeit der Irrenfürsorge in der Provinz veranlasste die Regierung (das Ministerium des Innern), im Jahre 1844 eine Commission einzusetzen, die ein Project zur Verbesserung dieser Sache ausarbeiten sollte. Die Commission gelangte zu dem Schlusse, dass es



angezeigt wäre, auf Kosten der Centralverwaltung acht Bezirksirrenanstalten in verschiedenen Gegenden des russischen Reiches zu gründen. Doch nach Jahre langer Berathschlagung dieses Projectes wurde es zuletzt verworfen, und das Ministerium errichtete nur eine Bezirksanstalt — in Kasan, die im Jahre 1869 mit 200 Betten eröffnet wurde und gegenwärtig in erweitertem Umfange functionirt.

In den 60er Jahren wurde in einem grossen Theile Russlands eine neue Form innerer Selbstverwaltung eingeführt, die sogenannte Landschaft (Semstwo), und diesen Organen wurden unter Anderem auch die Functionen des früheren Prikas übertragen. Auf diese Weise erhielt die Semstwo die Verpflichtung, dafür zu sorgen, dass die Geisteskranken des betreffenden Gouvernements in Anstalten untergebracht werden, und die Centralverwaltung (das Ministerium des Innern) war von dieser Aufgabe befreit. Selbstverständlich gingen die vorhandenen Anstalten des Prikas und die dazu gehörigen Geldsummen an die Semstwo über. Da jedoch diese Anstalten überfüllt waren und dabei die Semstwo kein Recht hatten, die Aufnahme neuer Kranker wegen Raummangels zu verweigern, so entstand die Nothwendigkeit, neue Anstalten zu bauen. Dieses Bedürfniss war so gross, dass die den Semstwo zur Verfügung stehenden, durch verschiedene Steuern zusammengebrachten Geldmittel sich bald als unzureichend erwiesen. Diese schwierige Lage wurde im Jahre 1879 dadurch gebessert, dass die Regierung den Semstwo anbot, die Hälfte der Unkosten bei Erweiterung alter oder Gründung neuer Provinzialanstalten aus Kronsmitteln zu decken. Von 34 Gouvernements, in welchen die Landschaftsinstitutionen eingeführt sind, benutzten 21 dieses Entgegenkommen der Centralverwaltung, die im Ganzen gegen $1\frac{1}{2}$ Millionen Rubel dazu verausgabt hat. Dank der Thätigkeit der Semstwo mit der soeben erwähnten Unterstützung der Centralverwaltung nahm die Irrenfürsorge in den 70er Jahren in der Provinz einen bedeutenden Aufschwung, obgleich jedenfalls die Anzahl der Plätze in keinem Gouvernement dem Bedürfniss der Bevölkerung entsprach. Doch im Vergleich zu dem Stand der Dinge vor Einführung der Semstwo-Reform war ein grossartiger Fortschritt zu verzeichnen. In einzelnen Gouvernements (Novgorod, Twer, Szimferopol, Moskau u. a.) entstanden Anstalten, die geradezu musterhaft genannt werden können und mit Colonien zur Evacuation der chronischen Irren versehen sind. In der nämlichen Zeitperiode entwickelte sich in noch grösserem Maasse die Irrenverpflegung seitens anderer Ressorts. Das Kriegsministerium, welches, wie erwähnt, im Jahre 1847 eine Abtheilung für Geisteskranke in einem Petersburger Militärhospital eröffnet hatte, gründete ähnliche Abtheilungen in anderen Städten, in Warschau, Moskau, Kijew, Taschkent, Riga und im Kaukasus; dazu kommt eine Abtheilung für Officiere und Soldaten der Kriegsflotte am Marinehospital in Kronstadt. Gegenwärtig enthalten diese Abtheilungen im Ganzen gegen 600 Plätze. Ferner sahen sich die Stadtverwaltungen der Residenzstädte (Petersburg und Moskau) genöthigt, die Ansprüche der rasch anwachsenden Bevölkerung auf Unterbringung ihrer Geisteskranken zu befriedigen. In Petersburg besitzt die städtische Irrenanstalt des heiligen Nicolaus bereits seit mehreren Jahren zwei ausserhalb der Stadt gelegene Filialabtheilungen zur Evacuation der chronischen Kranken, und die Anzahl der zur Aufnahme Geisteskranker vorhandenen Plätze hat längst 2000 überschritten. In Moskau sind, abgesehen von den Ausgaben der Stadtverwaltung, durch Schenkungen und Vermächtnisse reicher Bürger mehrere neue Anstalten gegründet worden, die vorläufig zur Verpflegung der städtischen Bevölkerung ausreichen. Auch in Odessa, Riga und Warschau besitzen die Stadtverwaltungen eigene Irrenanstalten mit mehreren hundert Betten. In der Nähe von Warschau ist ausserdem im Jahre 1891 eine auf 400 Plätze berechnete Irrenanstalt (Tworki) gegründet worden, die zur Aufnahme Geisteskranker aus den polnischen Gouvernements bestimmt ist. Dazu kommen noch einige Privatanstalten in Petersburg, Moskau, Odessa, Riga, Charkow und Kijew und zwei dem Ministerium der Volksaufklärung unterstellte Universitätskliniken in Moskau und Dorpat (Jurjew); die Petersburger Irrenklinik an der medicinischen Akademie gehört, wie bereits erwähnt wurde, zum Ressort des Kriegsministeriums.

Trotz dieses Aufblühens der Irrenversorgung unter Betheiligung der verschiedenen Ministerien, Semstwo- und Stadtverwaltungen ist die Gesammtanzahl der zur Aufnahme Geisteskranker vorhandenen Plätze im Verhältniss zur Bevölkerung geradezu eine minimale. Nach officiellen Daten waren im Jahre 1895 im ganzen europäischen Russland 12586 etatmässige Betten für Geisteskranke vorhanden, bei einer Bevölkerung von ungefähr 105 Millionen; im asiatischen Theile (Sibirien, Kaukasus, Mittelasien) 294 Betten bei einer Bevölkerung von ungefähr



20 Millionen. Die Gesammtzahl der in ganz Russland vorhandenen Irrenanstalten und Abtheilungen für Geisteskranke betrug 1895 nicht mehr als 98, und in denselben waren im Laufe des Jahres 35 987 Kranke behandelt worden.*) Zur richtigen Würdigung dieser Verhältnisse müssen folgende zwei Umstände in Betracht gezogen werden. Erstens, dass in Russland bisher sehr wenig grosse Städte existiren, und sogar in den meisten Gouvernementsstädten keine städtischen Irrenanstalten vorhanden sind, dass also die überwiegende Mehrzahl der der Verpflegung bedürftigen Geisteskranken den Anstalten der Semstwo zur Last fällt. Zweitens, dass die Semstwoverwaltung gesetzlich verpflichtet ist, für alle in dem betreffenden Gouvernement Aufnahme verlangenden Geisteskranken Platz zu haben. Es ist hier nicht der Ort, auf die ökonomischen Verhältnisse der Semstwo näher einzugehen. Dieselben sind auch streng gesetzlich regulirt, indem die Semstwo auf gewisse Steuern angewiesen sind, die ihre Einnahmen sichern und dafür einer ganzen Reihe von sehr kostspieligen Verpflichtungen nachkommen müssen, wie z. B. Unterhalt der Landpolizei, Landstrassen, Volksschulen etc. Also kann auf die Krankenpflege inclusive der Irrenfürsorge nur ein gewisser Theil des Budgets verwendet werden. Indessen ist die Anzahl der der Verpflegung bedürftigen Geisteskranken so gross, dass vielleicht das ganze Budget der Semstwo nicht dazu ausreichen würde.

Was die Anzahl der in Russland vorhandenen Geisteskranken betrifft, so ist bisher kein genügendes Material vorhanden, um darüber genaue Angaben zu machen. Vor einigen Jahren hat eine allgemeine Volkszählung im russischen Reiche stattgefunden, die uns darüber sicheren Aufschluss geben muss; doch sind die statistischen Ergebnisse dieser Volkszählung noch nicht veröffentlicht. Indessen kann man auf Grund anderer Daten die Anzahl der Irren in Russland auf ungefähr 200 000 abschätzen, da partielle Volkszählungen in einzelnen Gouvernements und Berechnungen auf Grund der Rekrutenaushebung das Verhältniss von 1,5—1,8 pro mille nachweisen. Wenn man nun annimmt, dass in Russland, ebenso wie in anderen Ländern, ungefähr ein Drittel der vorhandenen Irren in Anstalten untergebracht werden muss, so wären ungefähr 70 000 Betten für Geisteskranke erforderlich. Wir sahen oben, wie weit die Anzahl der vorhandenen Betten davon entfernt ist. Dazu kommt noch der Umstand, dass in den letzten Jahren seitens mehrerer Semstwo Klagen über die Beschwerlichkeit der vom Gesetz verlangten Aufnahme aller derselben bedürftigen Irren laut werden.

In Anbetracht dieser Verhältnisse hat die Centralverwaltung, nämlich das Medicinaldepartement des Ministeriums des Innern, wieder das alte Project der von der Krone zu gründenden Bezirksanstalten aufgenommen. Der erste Schritt zur Realisation dieses Projects wurde bereits im Jahre 1888 gemacht. indem die 1869 eröffnete Kasaner Anstalt erweitert wurde. Ferner wurde im Jahre 1891 der Bau einer neuen Bezirksanstalt in Podolien beschlossen und daselbst im Städtchen Winniza ausgeführt. Diese Anstalt ist auf 840 Plätze berechnet und hat 809 000 Rubel gekostet; sie ist erst vor Kurzem (1897) eröffnet und soll Kranke aus drei benachbarten Gouvernements im Südwesten Russlands aufnehmen. Gegenwärtig wird eine ähnliche Anstalt in Wilna gebaut, die für das nordwestliche Gebiet dienen soll. Eben solche grosse Centralanstalten werden dann noch an sechs anderen entfernten Orten zur Bedienung der anliegenden Gouvernements, inclusive Sibirien, eröffnet werden; wenn auch die Ausführung dieser Anstalten vielleicht viele Jahre beanspruchen wird, so ist es jedenfalls von grosser Wichtigkeit, dass diese Idee vom Ministerium endgiltig angenommen ist. Man kann natürlich verschieden darüber urtheilen, inwieweit es praktisch ist, dass das Centralorgan der Regierung die Sorge um die Irrenverpflegung auf sich nimmt, und ob es nicht richtiger wäre, diese Sache den localen Verwaltungsorganen zu überlassen, besonders in einem Staate von solcher Ausdehnung wie Russland. Man kann sich denken, welche Schwierigkeiten und Missstände sich daraus ergeben müssen, dass die Centralbehörde in Petersburg Irrenanstalten baut und verwaltet, die sich in einer Entfernung von mehreren 1000 Kilometern befinden, und wie vortheilhaft es wäre, wenn diese Sache in Händen einer örtlichen Obrigkeit ruhen würde. Doch müsste dazu eine gründliche Verschiebung der Machtbefugnisse und Budgetverhältnisse zwischen der Krone und den Organen der Localverwaltung eintreten.

*) Diese Zahlen sowohl als auch einige andere genaue Angaben sind einem Artikel von Dr. Martinowski (im russischen Journal „Bote der öffentlichen Hygiene, gerichtl. u. prakt. Medicin", 1898) entnommen.



Ueber Beschäftigungstherapie bei functionellen Nervenkranken.

Von *Oskar Vogt*.*)

(Schluss.)

An Kranken habe ich mit Beschäftigungstherapie solche behandelt, die ins Gebiet der Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie und Psychopathie fielen. Ihrem Verhalten gegenüber der Beschäftigungstherapie möchte ich sie in zwei Gruppen theilen.

Zu der ersten Gruppe gehören die Kranken, welche an sich hinreichendes Interesse und freudige Genugthuung an einer Beschäftigung fanden, zur Zeit aber an der Ausübung der betreffenden Beschäftigung durch ihre nervösen Beschwerden behindert waren.

Bei einzelnen Kranken deckte sich diese Beschäftigung unmittelbar mit ihrem Berufe. Die Frage war in diesen Fällen: lässt sich die Berufsthätigkeit wieder erzielen oder nicht? Wo immer ein Mensch einen Beruf inne hat, der seiner Leistungsfähigkeit in gesunden Tagen angemessen ist und sein Interesse zu fesseln vermag, sind nach meinen Erfahrungen functionelle Störungen des Nervensystems für mich keine Contraindication. Ich habe z. B. wiederholt Künstler in Behandlung gehabt, die in ihrer Begabung sich entschieden über das Durchschnittsmaass ihrer Collegen erhoben und gleichzeitig mit Leib und Seele an ihrem Berufe hingen. Es handelte sich dabei um Patienten, denen von autoritativer Seite in Anbetracht ihrer nervösen Symptome die Aufgabe ihrer Künstlerlaufbahn als absolut nothwendig hingestellt war. Hier habe ich durch eine systematische Erziehung zur Arbeit den Kranken nicht nur die Fortsetzung ihrer Laufbahn gesichert, sondern gleichzeitig ihre nervösen Beschwerden gebessert, wie auch in der so ermöglichten Beschäftigung das beste Mittel gegen Rückfälle ihnen mit auf den Weg gegeben.

Bei anderen Patienten lagen die Verhältnisse noch günstiger. Hier konnte ich entweder unbeschadet der socialen Stellung die unmittelbare Berufsthätigkeit einschränken und so Zeit für therapeutische Arbeit finden. Oder aber ich konnte ohne Gefahr, den Kranken zu überlasten, noch weitere Beschäftigung der Berufsthätigkeit hinzufügen. Die nervösen Beschwerden waren dabei theils auf einseitige Ueberanstrengung, vor Allem aber auf berufliche gemüthliche Erregungen zurückzuführen. Die Folge war eine sehr leichte Ermüdbarkeit in der bisherigen Beschäftigung, was dann hinwiederum zur Folge hatte, dass die Aufmerksamkeit des Patienten nicht hinreichend gefesselt wurde, um hypochondrische Grübeleien und egocentrisches Denken zu vermeiden. Hier hatte ich den Kranken zunächst darauf zu beobachten, für welche Bethätigung er ein Interesse haben würde. Als Beschäftigung habe ich nur ganz vorübergehend eine manuelle gewählt. Ich ging sehr schnell zu einer geistigen Bethätigung über und zwar zu einer möglichst schwierigen. Ich verbat speciell schöngeistige Phantasie und Sinnlichkeit anregende Lectüre. Das, was in Betracht kam, war das Erlernen einer fremden Sprache und die Beschäftigung mit Fächern, die der bisherigen Bethätigung ferner lagen, das Betreiben geschichtlicher, naturwissenschaftlicher, psychologischer Studien. Dabei erstrebte ich, wo die geistigen Fähigkeiten es nur irgendwie erlaubten, nicht nur eine rein receptive, sondern eine mehr oder minder productive Thätigkeit. Das Anlegen naturwissenschaftlicher Sammlungen, das Verfassen von Referaten über einzelne literarische Erscheinungen bis zur wirklichen Ausführung einer selbstständigen wissenschaftlichen Arbeit: das war das, wozu ich neben der unmittelbar receptiven Bethätigung mit Erfolg Patienten angeleitet habe, denen das Gros meiner speciellen Fachgenossen immer wieder Ausruhen empfahlen.

Zu der zweiten grossen Gruppe von Kranken gehörten diejenigen, die an sich an einer Bethätigung nicht hinreichendes Interesse fanden, um so genügend von Träumereien und Grübeleien abgehalten zu werden. Hier habe ich durch meine ärztliche Bethätigung zunächst in den Kranken die Gefühle der Dankbarkeit und der Anhänglichkeit geweckt und dann habe ich diese Gefühle benutzt, um in ihnen hinreichendes Interesse für eine für mich nützliche Arbeit hervorzurufen. Dabei ging ich von einfacheren zu complicirteren Arbeiten über. Die einfachsten Beschäftigungen waren: Ordnen meiner Bibliothek, Anfertigung von Inventarlisten, Aufspiessen, Etiquettiren und Ordnen von Insecten meiner Sammlung, Etiquettiren und Ordnen von mikroskopischen Präparaten. Daran schliessen sich directe Arbeiten in meinem anatomischen Laboratorium in der Reihenfolge des Einschliessens mikroskopischer Präparate, des Schneidens mit den Mikrotomen, des Färbens



und Entfärbens, der Vorbehandlung und der Oberaufsicht über die Arbeiten Anderer. Eine andere Gruppe von Arbeiten besteht in der Anfertigung von Abschriften, Uebersetzungen, Excerpten, Niederschreiben meiner Dictate. Wiederum eine andere Gruppe meiner Mitarbeiterschaft stellt die Bethätigung in meinem psychologischen Laboratorium dar. Hier handelt es sich um Protocolliren, um die Stelle eines Experimentators und als höchste Stufe um die einer psychologischen Versuchsperson. Was speciell bei Patienten die Beschäftigung mit Psychologie, die Erziehung zu einer wissenschaftlichen Selbstbeobachtung in ihrem Verhältniss zu den nervösen Erscheinungen betrifft, so kann ich nur das wiederholen, was ich schon öfter hervorgehoben habe, dass die Einübung zur psychologischen Selbstbeobachtung nichts gemein hat mit hysterischen Träumereien und hypochondrischem Denken und dass die psychologische Aufklärung meinen Kranken immer nur nützlich gewesen ist.

Wir kommen nunmehr zur letzten Frage: Wie gelingt es, die Kranken zu einer für sie ausgewählten Arbeit zu erziehen? Es handelte sich fast in allen Fällen um Kranke, die zunächst zu der Beschäftigung, die ich von ihnen verlangte, unfähig waren. Wie ist mir nun die Erziehung zur Beschäftigung gelungen? Mein Vorgehen in dieser Erziehung entsprach den jedesmaligen Resultaten der Analyse der vorliegenden Arbeitsunfähigkeit. Unter den Ursachen konnte ich vier Gruppen unterscheiden.

Eine erste Gruppe stellte eine Arbeitsunfähigkeit dar, die auf Mangel an Uebung beruhte. Es handelte sich bei meinen Patienten um verwöhnte Mädchen reicher Eltern, die niemals zu systematischer Bethätigung erzogen waren, noch nach ihrer Schulzeit überhaupt dazu Gelegenheit gehabt hatten. Hier galt es mit Geduld allmählich die Concentrationsfähigkeit der Aufmerksamkeit zu erziehen, von leichter Beschäftigung zu schwieriger übergehend unter Erregung aller derjenigen Gefühle, die dazu dienen konnten, den Willen des Kranken zu stärken; bald war Lob, bald Tadel, bald Ermuthigung, dann wieder Ausnutzung des Ehrgeizes oder der Eitelkeit, oder aber Appelliren an die Erkenntlichkeit gegenüber dem Arzte angezeigt. Dazu kam noch das Versetztsein in ein fleissiges, arbeitsames Milieu.

Eine zweite Ursache ist eine leichte Erschöpfbarkeit der Leistungsfähigkeit. Diese kann eine erworbene oder eine constitutionelle sein. Beide Formen sind im Princip in gleicher Weise zu behandeln, nämlich durch Ruhe. Ein anderes Heilmittel für die echte Erschöpfbarkeit giebt es nicht. Diese Ruhe wende ich in zwei Formen an: im einfachen Ausruhen oder aber in der potentiellen Form der Ruhe, dem Schlaf. Namentlich in den Fällen schwerer erworbener Erschöpfbarkeit wende ich gern, wo irgendwie keine anderweitige Contraindication oder eine besondere Schwierigkeit in seiner Erzielung vorhanden ist, den suggestiv prolongirten Schlaf in Verbindung mit einer Mastcur an. Sobald nach einer genügenden vollständigen Ruhezeit die Arbeitscur beginnt, wird dafür gesorgt, dass so hinreichend lange Ruhepausen in die Arbeitszeit eingeschoben werden, dass es nie zum Auftreten von Erschöpfungserscheinungen kommt. Wo es angänglich ist, werden diese Ruhepausen durch Schlaf ausgefüllt; es geht dabei mein Bestreben dahin, die hierher gehörigen Kranken dazu zu erziehen, sich jederzeit selbst einschläfern zu können. Im Laufe der Erziehung zur Beschäftigung können dann die Ruhe- resp. Schlafpausen im Verhältniss zu den Arbeitszeiten verkürzt und vermindert werden. Schliesslich ermahne ich bei ihrer Entlassung streng meine Patienten, auch fernerhin diese Pausen innezuhalten. So habe ich Patienten, die vor mehreren Jahren bei mir eine solche Erziehung zur Beschäftigung durchgemacht haben, die noch heute während ihrer Arbeit täglich sich mehrere Male auf einige Zeit einschläfern und die so eine Arbeitskraft an den Tag legen, die bei ihrer constitutionellen nervösen Schwäche geradezu erstaunlich ist.

In einer dritten Gruppe ist die herabgesetzte Leistungsfähigkeit mehr oder weniger psychisch bedingt. Auf der Basis wirklicher Erschöpfung haben sich enge Associationen zwischen Thätigkeit und dem Auftreten der psychischen Aeusserungen der Erschöpfung ausgebildet. So können weiterhin theils associativ, theils autosuggestiv die psychischen Sensationen des Erschöpfungszustandes auftreten. Diese können dann eine wahre Erschöpfung vortäuschen. Sie unterscheiden sich aber von den psychischen Aeusserungen einer wahren Erschöpfung dadurch, dass sie psychotherapeutisch zu beseitigen sind, während das plötzliche Verschwinden einer wahren Erschöpfung eine therapeutische Unmöglichkeit darstellt. Hier kommt dann die ganze Fülle psychotherapeutischer Maassnahmen in Betracht, die dazu im Stande sind, solche Associationen zu zerstören und die Quelle der Autosuggestionen, den Mangel an Selbstvertrauen, zu beseitigen.

Eine letzte Gruppe von Erscheinungen, welche die Arbeitsfähigkeit unserer Patienten zu vermindern



im Stande ist, wird von den mannigfaltigen nervösen Beschwerden gebildet, die ihrerseits die Aufmerksamkeit auf sich lenken. Hier haben wir natürlich alle die therapeutischen Maassnahmen zu ergreifen, welche unmittelbar jene Symptome zu beseitigen vermögen. Diese Maassnahmen, welcher Art sie auch seien, werden dann aber am kräftigsten unterstützt werden gerade dadurch, dass wir unsere Kranken lehren, ihr ganzes Denken und Wollen der Arbeit zu widmen.

Damit bin ich am Ende eines kurzen Résumés meiner Erfahrungen über die Behandlung functioneller Nervenkranker durch Beschäftigung. Wer eine solche Behandlung übernimmt, wird sich vieler Mühe unterziehen müssen, wird manche Enttäuschung erleben. Aber er wird auch hier und da die Genugthuung haben, auf die einzig mögliche Weise aus kranken gesunde, aus unnützen nützliche, aus unglücklichen glückliche Mitglieder der menschlichen Gesellschaft gemacht zu haben.



Mittheilungen.

Sitzung des Vereins schweizer Psychiater vom 22. bis 23. Septbr. 1899 in Lugano.

Von den Verhandlungsgegenständen wird weitere Kreise etwa Folgendes interessiren: Es haben sich vier Cantone bereit erklärt, die intercantonale Vereinbarung betreffs den Irrenschutz (siehe am Schluss) anzunehmen, zwei oder drei andere werden sich wahrscheinlich anschliessen; wenn aber Zürich oder Bern nicht mitmachen, so fällt das schöne Project ins Wasser. Gerade diese beiden grössten Cantone haben aber am wenigsten Lust gezeigt, beizutreten.

Ladame-Genf sprach über die psychischen Störungen bei Chorea hereditaria. In einem genau beobachteten Falle, der mit den meisten aus der Literatur bekannten übereinstimmt, fand sich hauptsächlich eine Veränderung des Charakters. Die intellectuellen Fähigkeiten waren auch reducirt, aber in geringerem Maasse. Der Patient wurde unverträglich, ungeduldig, reizbar, launenhaft, gegenüber Fremden schüchtern und unbeholfen, äusserst anspruchsvoll in der Familie. Wegen irgend welcher Kleinigkeiten kam es schliesslich alle Augenblicke zu förmlichen Wuthanfällen. Da Patient selber nichts arbeiten konnte, wurde er so eifersüchtig auf die Leistungen seiner Frau, dass diese das Geschäft — sie war Coiffeuse — aufgeben musste. Dennoch bestand „keine vollständige Demenz". In seinen Wuthanfällen sprach der Kranke oft davon, sich das Leben zu nehmen; er machte aber nie ernstliche Suicidversuche. Redner zeigte durch eine genaue Kritik der ganzen Literatur, dass die Krankheit, im Gegensatz zu der seit Huntington von jedem Autor behaupteten Suicidgefährlichkeit, nur ganz ausnahmsweise zu Selbstmord führt und auch dann nicht direct, sondern meist in Folge einer Complication.

Der Fall ist übrigens noch durch die hereditären Verhältnisse interessant. Die Grossmutter väterlicherseits der letzten Generation war choreatisch; in ihrer Familie bestand auch Epilepsie. Alle ihre Nachkommen waren nervenleidend; die ersten beiden Glieder waren mit einer Ausnahme ebenfalls choreatisch — wenn sie das zum Ausbruch der Krankheit erforderliche Alter erreichten —, die letzten Glieder waren imbecill, theils mit cerebralen Lähmungen behaftet, theils epileptisch. Es kommt also bei der Huntington'schen Chorea gar nicht nur die gleichartige Heredität in Betracht.

Bei der Section fand sich eine Ungleichheit im Gewicht beider Hemisphären und eine mehrfache Verästelung und Verdoppelung der rechten Centralfurche in ihrem oberen Theile.

Dr. Ris-Rheinau: Vier von uns im letzten Jahre untersuchte Paralytikergehirne (alle vier Frauen) zeigten ganz übereinstimmend hochgradige Veränderungen der Pia- und Rindengefässe: Erweiterung, geschlängelten Verlauf, starke Vermehrung der mittleren und capillaren Gefässe, die Adventitialscheiden mit Rundzellen erfüllt, diese Infiltrate häufig einen sehr bedeutenden Umfang erreichend, oft Blutaustritte in die Adventitialscheiden, sehr häufig daselbst Pigment, wohl als Rest von solchen, die stärkste Störung in der regelmässigen Lagerung der Zellen in der Umgebung der intensivsten Gefässveränderungen.

Diese Entzündungserscheinungen wurden bei allen paralytischen Gehirnen gefunden. Ein fünfter Fall, wo sie fehlten (Tod an Apoplexie des Kleinhirns bei hochgradiger Arteriosclerose), hätte bei genauer klinischer Analyse auch während des Lebens von der Paralyse getrennt werden können. In einer sehr grossen Reihe von in Rheinau aufbewahrten Gehirnpräparaten (von ca. 100 Kranken) fehlen die oben beschriebenen Gefässveränderungen immer, ausser bei einer weiteren Anzahl sicherer Paralysen, wo sie mit gleicher Regelmässigkeit vorhanden sind.

Dr. v. Muralt hat an den in Burghölzli im letzten Jahre secirten Paralytikergehirnen die gleichen Veränderungen ausnahmslos festgestellt. Die Angaben in der Literatur, welche das Fehlen derselben bei Paralyse behaupten, werden alle bei genauerer Prüfung als nicht einwandsfrei befunden.

Es wird also gefolgert: Zur mikroscopischen Diagnose der progressiven Paralyse giebt die entzündliche Veränderung der Pia- und besonders der



Rindengefässe den sichersten und am leichtesten festzustellenden Befund. Dieselben sind für die Paralyse charakteristisch. Wenn sie in Fällen von vermeintlicher Paralyse fehlen, so ist es wahrscheinlich, dass es sich um eine andere Krankheit handelte und es muss versucht werden, dieselbe klinisch gegen die ächte Paralyse abzugrenzen. Auf den einheitlichen, toxisch-infectiösen Ursprung der Paralyse ist die Regelmässigkeit des geschilderten Befundes geeignet Licht zu werfen.

Bleuler-Burghölzli möchte die Dementia praecox-Frage zur Discussion bringen. Er folgt im Wesentlichen den Anschauungen Kraepelin's. Diejenigen Psychosen, welche neben jeder beliebigen äusseren Form gewisse Symptome wie Stereotypien, Negativismus etc. in wechselnder Menge bieten, zeigen sich als eine Einheit durch eine specielle Art der Verblödung, die von anderen Arten von Demenz (Imbecillität, organische Psychosen, Epilepsie, periodisch-circuläre Formen) gut zu unterscheiden ist. Die charakteristischen Veränderungen betreffen die Associationen und den Gemüthszustand.

Die gewohnten Associationsverbindungen sind bis zum Versagen gelockert. Die Associationen tauchen ohne einen unmittelbaren logischen Zusammenhang wie aus dem Nichts auf. Manchmal bleibt eine leitende Vorstellung dominirend, so dass das umgekehrte Verhältniss wie bei der Ideenflucht zu Stande kommt. Viele Ideen entstehen aber ohne jeden, weder objectiv noch subjectiv nachweisbaren Zusammenhang. Diese Art der Dissociation, die von der paralytischen deutlich unterschieden ist, führt natürlich zu einer Menge unmotivirter Handlungen und zu den bekannten Sonderbarkeiten dieser Kranken im sprachlichen Ausdruck bis zur Production des unverständlichsten Wortsalats.

Das Gedächtniss bleibt gut in Merkfähigkeit und Aufbewahrungsfähigkeit; die Reproduction allerdings ist in ganz regelloser Weise mehr oder weniger gestört, weil in jedem gegebenen Moment eine Anzahl Associationen „gesperrt" sein können.

Da nichts dauernd verloren ist, bleibt die Auffassung, die Orientirung erhalten, so weit sie nicht durch Hallucinationen gefälscht wird (Gegensatz zu den organischen Krankheiten). Die Verarbeitung der Erlebnisse leidet aber in hohem Grade, sowie selbstverständlich das Urtheil. Letzterer Umstand erklärt die Möglichkeit der absurdesten Wahnideen, die Inconsequenz von Handeln und Ideen und Gemüthszustand.

Der letztere ist ebenfalls, wie mir scheint, ganz unmotivirten Schwankungen unterworfen. Im Wesentlichen aber ist charakteristisch eine ungeheure Stumpfheit. Nur ein Affect bleibt in einer grossen Anzahl von Fällen — nicht in allen — erhalten und kann sogar übertrieben sein, der phylogenetisch alte Zornaffect. Selbstverständlich hört bei den Kranken eine rechte Ethik auf und manche der äusserlich Geordneten zeigen bei oberflächlicher Betrachtung eine Art Moral Insanity.

Kraepelin unterscheidet drei Formen. Ein Theil seiner hebephrenischen Fälle passt aber nicht zu seiner Definition: Diejenigen, bei denen Intellect und Gemüth ohne acuten Schub einfach nach und nach zu versagen scheint. Solche Fälle kommen auch jenseits des Jünglingsalters noch vor. Handelt es sich um Männer, so werden sie oft als Alkoholiker oder als Quärulanten taxirt; meist aber werden sie als Kranke erkannt, weil sie nicht mehr im Stande sind, ihr Leben zu verdienen. Frauen können, wenn die Reizbarkeit erhalten ist, während Jahrzehnten ihrer Familie das Leben zur Hölle machen, ohne dass der Zustand als krankhaft erkannt wird. Kraepelin's Beschreibung der übrigen hebephrenischen und der paranoiden Formen entsprechen den Erfahrungen des Vortragenden, nur ist ihm die Grenze gegen die eigentliche Paranoia hin noch nicht ganz klar.

Symptomologisch am wichtigsten ist die Katatonie, weil bei ihr eine Menge körperlicher Symptome vorkommen, die bei den anderen Gruppen fehlen können und oft zu falschen Diagnosen Anlass geben (Pupillen!). Bei häufigen epileptischen Anfällen ist es dem Vortragenden unmöglich geworden, die Epilepsie als concomittirende Krankheit auszuschliessen.

Viele Fälle von Dementia praecox zeigen periodische Manien und circuläre Störungen, während welcher, so gut wie in der Zwischenzeit, die Symptome der Grundkrankheit deutlich hervortreten. Es ist zur Zeit unmöglich zu entscheiden, ob auch in diesen Fällen die acute Störung ein Symptom des fortschreitenden Hirnprocesses sei, oder ob auf Grund desselben wirkliche periodische Formen sich ausbilden.

An wirkliche Heilungen glaubt Bleuler vorläufig nicht. Er konnte in allen Fällen bei „Geheilten" Symptome der Krankheit nachweisen. Immerhin kann die Arbeitsfähigkeit so weit erhalten sein, dass der Vortragende selbst (resultatlos) nachforschte, ob nicht der Dichter Gottfried Keller ein Katatoniker gewesen sei.

Unter den Ursachen scheint die Heredität keine hervorragende Rolle zu spielen. Ganz rüstige Gehirne können an Dementia praecox erkranken, doch wurde ein grosser Theil der imbecillen Pfleglinge in Rheinau durch eine complicirende Katatonie in die Anstalt gebracht.

Hirnkrankheiten wie infantile Paralyse, Piaödem, tuberculöse Meningitis, Gliose der Windungen scheinen einen Symptomencomplex hervorbringen zu können, der nur durch das Hinzutreten der „organischen" Erscheinungen von Katatonie unterschieden werden kann. Auch giebt es Fälle, die anfangs als typische Paralyse imponiren, dann aber viele Jahre lang mehr der Katatonie ähneln; hier kann erst die pathologische Anatomie Aufschluss geben, ob es sich um stillgestandene Paralysen mit katatonischen Symptomen handelt. Viele chronisch auftretende Formen wurden draussen lange Zeit als Neurasthenien und Hysterien behandelt.



Die Therapie der Dementia praecox ist insofern wichtig, als eine geeignete Behandlung sehr grossen, erzieherischen Werth hat, unpassende Behandlung, namentlich Brüsquiren und Zusammenpferchen in unruhigen Abtheilungen aber sich hier bitter rächt. Die Katatoniker liefern die bösen Kunstproducte der schlechten Anstalten, während die Behandlung auf den dauernden Zustand Anderer, z. B. der Periodiker, verhältnissmässig wenig Einfluss hat.

Nach der Sitzung führte uns Director Amaldi durch die tessinische Irrenanstalt Casvegno in Mendrisio. Diese besteht zur Zeit aus 11 Pavillons und bietet Platz für 250 Kranke. Es ist daselbst mit sehr geringen Mitteln (857 000 Franken) recht Hübsches zu Stande gebracht worden. Bleuler.

Entwurf einer Vereinbarung zwischen den Cantonen zum Schutze der Geisteskranken.

Art. 1. Die vertragschliessenden Cantone bestellen zum Schutze und zur Beaufsichtigung der Geisteskranken ein fachmännisch gebildetes und erfahrenes Inspectorat, welchem ein Secretär zur Verfügung beigegeben wird.

Art. 2. Diese Beaufsichtigung durch ein Inspectorat erstreckt sich auf sämmtliche Geisteskranke, die

a) in öffentlichen oder privaten Anstalten verpflegt werden,
b) aus solchen Anstalten als nicht geheilt entlassen und deshalb der privaten Pflege überlassen werden,
c) bevogtet sind oder öffentlich unterstützt werden,
d) sie von sich aus begehren.

Art. 3. Die cantonalen Behörden sorgen dafür, dass dem Inspector die Namen und der Aufenthalt aller im Canton befindlichen, in Art. 2 litt. a bis d angeführten Geisteskranken mitgetheilt werden.

Art. 4. Der Inspector wird von den vertragschliessenden Cantonen ernannt und hat sich ausschliesslich der ihm übertragenen Aufgabe zu widmen.

Art. 5. Seine Wahl, die Festsetzung seiner Besoldung und der des Secretärs, sowie der Erlass eines Reglements erfolgen durch eine Delegation der vertragschliessenden Cantone, wozu jeder derselben zwei Mitglieder abordnet.

Art. 6. Die Besoldungen und die übrigen Kosten des Inspectorats werden im Verhältniss zu ihrer Bevölkerungszahl auf die einzelnen Cantone vertheilt.

Art. 7. Für die Begutachtung der in Betracht kommenden rechtlichen Verhältnisse bezeichnet jeder Canton eine bestehende Amtsstelle, an die sich der Inspector im gegebenen Falle zu wenden hat.

Art. 8. Dem Inspector liegt ob:

1. Die in den vertragschliessenden Cantonen befindlichen Irrenanstalten, sowie die in Art. 2 litt. b bis d genannten Kranken mindestens in den vom Reglement festzusetzenden Zeiträumen zu besuchen und über seinen jeweiligen Befund an die betreffenden Cantonregierungen Bericht zu erstatten.
2. Alle von Geisteskranken oder von dritter Seite an ihn gelangenden Beschwerden, namentlich auch solche über Verpflegung und Behandlung, zu prüfen und zu Händen der betreffenden Cantonregierung seine Anträge zu stellen.

   Der endgiltige Entscheid bleibt in allen Fällen den cantonalen Behörden vorbehalten, deren Competenzen durch die gegenwärtige Vereinbarung in keiner Weise berührt werden.
3. Der Inspector erstattet jährlich über seine Thätigkeit den vertragschliessenden Regierungen einen einlässlichen Bericht.

Art. 9. Die bisherige unmittelbare Aufsicht über die Geisteskranken durch die Regierungsorgane und die Aufsichtscommissionen, sowie die cantonalen gesetzlichen Bestimmungen über Organisation und Verwaltung der Irrenanstalten werden durch diese Vereinbarung in keiner Weise berührt.

Namens der Delegirtenconferenz:
der Präsident: Dr. Fahrländer. der Actuar: Professor v. Speyr.

— Der verstorbene Oberarzt **Dr. Paul Vogelsang** hat der Stadtgemeinde Berlin aus seinem Nachlasse eine Summe von 58 000 Mk. vermacht zum Zwecke der Vergrösserung der ärztlichen wissenschaftlichen Bibliotheken der Berliner städtischen Krankenhäuser und Irrenanstalten, sowie der Anstalten für Epileptische. Die gesammten jährlichen Zinsen dieser Stiftung sollen jährlich zu gleichen Theilen an die Directionen genannter Anstalten, soweit sie zur Zeit des Ablebens des Testators bestanden, vertheilt werden und für den angegebenen Zweck Verwendung finden. Für den Fall der Ablehnung der Stiftung durch die Stadtgemeinde soll der Nachlass an den Fiscus mit der Bestimmung zufallen, aus den Zinsen medicinische Werke für die königliche Bibliothek anzukaufen. Der Magistrat hat aber die Annahme des Nachlasses und die Errichtung der Arzt Vogelsang-Stiftung beschlossen.

— Eine ansehnliche Reihe deutscher Irrenärzte hat sich zu der gewiss zeitgemässen Aufgabe vereint, ein **historisch-psychiatrisches Museum** zu begründen und es werden zunächst wegen der Unterbringung desselben (in einem culturhistorischen Museum) entsprechende Verhandlungen gepflogen. Genaueres hierüber dürfte in nächster Zeit bekannt gegeben werden.

Personalnachricht.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

Professor Kirn aus Freiburg i. Br., der seit einigen Monaten verschwunden war, ist, wie Tagesblätter melden, in Andermatt ertrunken aufgefunden worden.

Kortau b. Allenstein. Volontärarzt Dr. Swierzewski ist ausgeschieden und hat sich in Danzig als prakt. Arzt niedergelassen. Dr. A. Ehrhardt aus Königsberg ist als Volontärarzt eingetreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,** Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 29. 14. October 1899.

Die „Psychiatrische Wochenschrift“ erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Zur Erinnerung an Ludwig Snell.*)

Die Irrenanstalt Eichberg im Rheingau feiert am 18. October den Tag ihres 50jährigen Bestehens. Dieser Erinnerungstag ist uns eine Veranlassung, des Mannes zu gedenken, der als ärztlicher Berather an dem Bau dieser Anstalt gewirkt und sie in den ersten 7 Jahren ihres Bestehens geleitet hat.

Ludwig Snell wurde am 18. October 1817 zu Nauheim im Herzogthum Nassau geboren. Sein Vater war Geistlicher und unterrichtete ihn, bis er die Universität aufsuchte, so dass also Ludwig Snell, ohne jemals ein Gymnasium besucht zu haben, die Hochschule bezog und nun zunächst das Abiturientenexamen ablegen musste. Er studirte von Herbst 1834 bis Frühjahr 1839 in Giessen, Heidelberg und Würzburg, bestand im Sommer 1839 das nassauische Staatsexamen und promovirte am 30. November 1839 zu Würzburg zum Doctor der Medicin. Er wurde nun zum Medicinalaccessisten in Hochheim ernannt. Im Herzogthum Nassau bestand damals die Einrichtung, dass die praktischen Aerzte vom Staate angestellt wurden und ihren Wohnsitz angewiesen bekamen. Ihre Einnahmen bestanden zum Theil aus einem festen Gehalt, zum Theil aus dem Honorar, das sie von ihren Patienten nach einer mässigen Taxe erhielten.

Im Jahre 1844 schrieb die nassauische Regierung einen Concurs aus zur Heranbildung eines Irrenarztes und späteren Directors der geplanten herzoglichen Irrenanstalt. Snell meldete sich zu diesem Concurs und wurde, nachdem er eine längere wissenschaftliche Reise nach Paris und London unternommen hatte, im Frühling 1845 als Arzt an die Corrections- und Irrenanstalt zu Eberbach berufen. Auch in Nassau wurden damals die Geisteskranken in einem Anhängsel an eine Strafanstalt verwahrt, und man war erst damals im Begriff, eine eigene Irrenanstalt zu gründen. Im Auftrage der Regierung unternahmen Snell und Graeser, der später nach ihm Director in Eichberg wurde, eine 13 Monate dauernde Reise, auf welcher sie sich 6 Monate in Wien aufhielten und dann fast alle deutschen Irrenanstalten besuchten. In den berühmtesten damaligen Anstalten zu Illenau, Winnenthal, Halle und Siegburg hielten sie sich je einen Monat auf. Auch die Anstalt zu Hildesheim, welcher Snell später seine Kräfte bis zum letzten Athemzuge widmete, wurde auf dieser Reise besucht. — Im September 1849 übernahm Snell die Leitung der inzwischen mit einem Kostenaufwande von 400 000 Gulden fertiggestellten Heil- und Pflegeanstalt Eichberg, die am 18. October für 200 Kranke eröffnet wurde.

*) Die p. t. Abonnenten erhalten das Bildniss Snell's auf Carton gedruckt nur auf speciellen Wunsch.



In dem achten Bande der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie gab er eine ausführliche Beschreibung der für damalige Zeit mustergiltigen neuen Anstalt und schloss mit folgenden, die herrliche Lage der Anstalt preisenden Worten:

„Der Rhein mit seiner imposanten Wassermasse, welchen die Dampfschiffe auf und nieder durchfurchen, die freundlichen Dörfer und Städte der Ufer; die waldigen Höhen des Taunus in der Nähe, der Donnersberg und die Bergstrasse in blauer Ferne geben ein zugleich liebliches und grossartiges Bild, dessen reiche Scenerie mit der wechselnden Beleuchtung immer neue Schönheiten entfaltet.

So möge denn die neue Anstalt blühen und gedeihen, damit noch in fernen Zeiten der Wanderer, welcher den herrlichen Strom befährt und freundlich erstaunt von dem mit Eichen und Reben bekränzten Hügel die schönen Façaden Eichbergs herunterglänzen sieht, die Worte sprechen möge: Diese Steine hat die Hand unserer Väter gelegt, geleitet von dem heiligen Mitgefühl für die Noth des hart getroffenen Bruders.“

Im März 1856 wurde Snell von der Königlichen Regierung von Hannover zum Director der Irrenanstalt zu Hildesheim berufen, die bis dahin unter der Leitung Bergmann's gestanden hatte. Hildesheim war damals mit mehr als 600 Kranken die grösste deutsche Irrenanstalt, unterschied sich aber mit seinen vielfach düsteren, aus alten Klöstern übernommenen und für die Behandlung von Geisteskranken zum Theil höchst ungeeigneten Räumen sehr unvortheilhaft von dem neu gebauten, herrlich gelegenen Eichberg. Das wichtigste Ereigniss in der Geschichte der Hildesheimer Anstalt unter Snell's Leitung war die Gründung der Ackerbaucolonie Einum im Jahre 1864. So selbstverständlich uns jetzt die Beschäftigung der Kranken, die an chronischen Geistesstörungen leiden, mit Feldarbeiten erscheint, so misstrauisch stand man damals diesen Versuchen gegenüber.

Snell war durch die Beobachtungen, die er in der französischen Privatirrenanstalt der Gebrüder Labitte zu Clermont gemacht hatte, davon überzeugt, dass auch in Deutschland die landwirthschaftliche Beschäftigung der Kranken nicht nur möglich sei, sondern auch von heilsamem Einfluss sein müsse. Trotzdem stellte er zunächst vorsichtige Versuche an, indem er mit dem Pächter der nahe bei Hildesheim gelegenen Domäne Steuerwald das Abkommen traf, Abtheilungen von Kranken in Begleitung von mehreren Wärtern auf den Feldern zu beschäftigen. Als sich dies bewährt hatte, wagte man es, einen Bauernhof in dem Dorfe Einum bei Hildesheim zu pachten und 40 Kranke dort unterzubringen. Die Behandlung war vom ersten Tage (Eröffnung am 1. April 1864) an eine durchaus freie, was damals allgemein als ein kühnes Wagniss erschien. Während sich dieser erste Versuch einer Ackerbaucolonie in Deutschland vom ärztlichen Standpunkte betrachtet sogleich vollständig bewährte, waren die wirthschaftlichen Ergebnisse — in Folge des regierungsseitig mit ächt büreaukratischer Umständlichkeit und Kostspieligkeit aufgebotenen Verwaltungsapparates — anfangs so überaus ungünstig, dass das Fortbestehen des ganzen Unternehmens ernstlich in Frage gestellt wurde. Erst durch weitestgehende Vereinfachung der Verwaltung gelang es, die Unkosten so weit herabzudrücken, dass die Colonie Ueberschüsse lieferte, wodurch denn ihr Bestehen, für welches Snell kräftig eintrat, gesichert wurde. Zehn Jahre nach der Eröffnung hat er seine Erfahrungen bezüglich der Colonie in einem auf der Versammlung der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens gehaltenen Vortrage*) niedergelegt.

Den Segen der ländlichen Beschäftigung und der freien Behandlung schilderte er mit den auch heute noch beherzigenswerthen Worten:

„Es verblassen bei vielen Kranken unter dem regsamen Getriebe des Tages die Wahnideen und die schmerzhaften Gefühle ihrer Vergangenheit. Es erwächst ihnen gleichsam eine neue Heimath, die sie sich durch das Werk ihrer Hände verdienen und sie fühlen den Segen der redlichen Arbeit, der auch der stumpferen Empfindung nie ganz fehlt.“

Diese herrlichen Worte machten einen mächtigen Eindruck nicht nur auf die Anwesenden, sondern auf ganz Deutschlands namhafteste Irrenärzte. Denn Snell galt als ein Mann ohne Ueberschwenglichkeit und Selbsttäuschung. Die kurz darauf einsetzende Bewegung um allgemeinere Einführung der ländlichen Beschäftigung bei den Geisteskranken, um Gründung colonialer Anstalten ist nicht zum wenigsten auf Snell's Anregung und erfolggekrönten Versuch in Einum zurückzuführen. Die von Wahrendorff ins Leben gerufene Colonie bei Ilten erfreute sich der besonderen Gunst Snell's, auf dessen Anlass hin die 10 ersten harmlosen Kranken aus Einum nach Ilten übersiedelten. Auch bei Begründung der Iltener

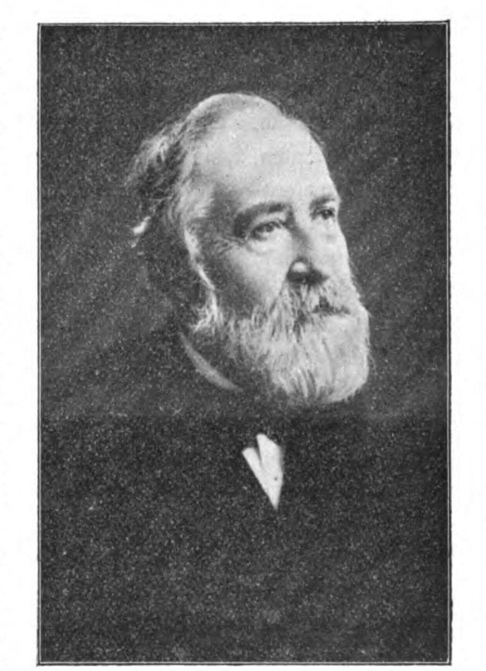
*) Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 31.



Familienpflege ist Snell's ganze Sympathie und Unterstützung dem jungen Unternehmen zu Theil geworden, wie er denn überhaupt bis an sein Lebensende ein warmer Freund und Gönner Iltens blieb.

In dem Verkehr mit den Kranken zeigte Snell einen besonders hohen Grad von stets sich gleichbleibender Ruhe und Freundlichkeit, auch den unruhigsten und schwierigsten Kranken gegenüber.

An festlichen Veranstaltungen wie an regelmässigen abendlichen Vereinigungen von dazu geeigneten Kranken betheiligte er sich gern und in anregender Art, unter Bevorzugung der Musik, für die er ein besonderes Interesse hegte und bethätigte. In seinem gastlichen Hause, inmitten eines reizenden Familienkreises entfaltete er vor seinen Freunden und Bekannten ächten Frohsinn und natürlichen Humor.



Dr. Snell.

Humanität im edelsten Sinne des Wortes, aus reicher Erfahrung und Durchbildung fliessende milde Beurtheilung und ein väterliches Wohlwollen gehörten zu seines Wesens Grundzügen, welche wie die Kranken so auch Diejenigen wohlthuend empfanden, die unter ihm und mit ihm zu arbeiten hatten.

Verhältnissmässig nur wenig mit Verwaltungsgeschäften belastet, die heutzutage leider in vielen Provinzen die Anstaltsdirectoren unnöthig verschleissen und ihrem eigentlichen Berufe entziehen, konnte Snell in Hildesheim seine Zeit überwiegend der ärztlichen Aufgabe seiner Stellung, der Behandlung seiner Kranken, der Begutachtung forensischer Fälle und der für einen Anstaltsleiter unumgänglich nöthigen wissenschaftlichen Weiterbildung, die ihm besonders am Herzen lag, widmen.

Er legte das Hauptgewicht auf eine scharfe, in alle Einzelheiten eindringende, vorurtheilsfreie klinische Beobachtung. Auf diesem Wege gelangte er auch zu seiner wichtigsten Leistung auf rein wissenschaftlichem Gebiete, zu der Begründung der Lehre von der Paranoia. Griesinger, dessen Autorität in den sechziger Jahren die deutsche Psychiatrie beherrschte, hielt die Krankheit, die wir jetzt Paranoia nennen, für einen stets secundär, nach Manie oder Melancholie auftretenden Schwächezustand. Man mag oft zu gewaltsamen Deutungen gegriffen haben, um nicht gegen das anerkannte Schema verstossen zu müssen. Snell stellte die damals sehr kühne Behauptung auf, die Krankheit, die er Wahnsinn oder Monomanie nannte, trete in der Regel primär auf. Die Neuerung fand bald allgemeine Anerkennung, obgleich sie in das ganze Griesinger'sche System durchaus nicht passte.

Snell hat seine zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten fast ausnahmslos in Form von Vorträgen veröffentlicht, die er in wissenschaftlichen Versammlungen hielt, besonders in dem von ihm 1868 begründeten Vereine der Irrenärzte von Niedersachsen und Westfalen, dessen Vorsitz er bis zu seinem Lebensende führte.

Die Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie enthält von ihrem 8. bis zum 47. Bande derartige Beiträge fast in jedem Jahrgang.

Seine durch zahlreiche Reisen im In- und Auslande bereicherten Erfahrungen im Anstaltswesen veranlassten die Rheinprovinz, ihn zum Mitglied der Commission zu berufen, welche im Anfang der siebziger Jahre für daselbst neu zu bauende Anstalten die Pläne zu entwerfen hatte.

Bei der Erbauung und Organisation der beiden anderen hannoverschen Anstalten — Göttingen und Osnabrück — hatte er ebenfalls wesentlich mitgewirkt.

Im Januar 1892 erkrankte Snell an einem Influenza-Anfall, von dem er sich, im 75. Lebensjahre stehend, nicht mehr erholen konnte. Er starb am 12. Juni 1892.

Sein Name wird in der Geschichte der wissenschaftlichen wie der praktischen Psychiatrie allezeit hochgeachtet und gesegnet weiterleben. Das Andenken an den edlen und hochherzigen Mann steht noch in frischer Erinnerung in den dankbaren Herzen seiner vielen Schüler und Freunde, seiner Mitarbeiter und Patienten!





Die Nothwendigkeit eines Organs zur Vertretung der Interessen der deutschen Irrenärzte sowie der Irrenanstalten überhaupt.

Die Ausführungen des Herrn Verfassers in Nr. 25 dieser Wochenschrift über die baare Kostentschädigung der mit freier Beköstigung angestellten Irrenanstaltsbeamten für die Zeit ihres Urlaubes werden gewiss allgemeine Beistimmung finden. Es handelt sich bei dieser Entschädigung nicht etwa um Hochherzigkeit und Wohlwollen der Behörden, sondern nur um einen Act der Gerechtigkeit. Diejenigen Beamten, bei welchen ein Theil ihres Gehaltes in freier Beköstigung besteht, sind bei der ziemlich allgemeinen Gepflogenheit der Behörden, eine Kostentschädigung für die Zeit des Urlaubes nicht zu gewähren, gegenüber den anderen (meist in höheren und besser dotirten, sog. „verheiratheten" Stellen befindlichen) Beamten, welche ihr Gehalt baar ausgezahlt bekommen, entschieden im Nachtheil.*) Dieser Nachtheil tritt besonders grell zu Tage gegenüber den unverheiratheten Beamten letzterer Kategorie, welche sich gegen Bezahlung (im Werthe der freien Beköstigung der entsprechenden Beamtenkategorie mit freier Station) aus der Anstaltsküche beköstigen lassen und, wenn sie auch nur auf einige Tage beurlaubt sind, der Küchenverwaltung, sobald sie sich nur rechtzeitig abmelden, selbstverständlich für die Zeit ihrer Abwesenheit nichts zu zahlen brauchen. Irgendwie gerechtfertigt ist diese Ungleichheit jedenfalls nicht. Dieselbe würde am besten aus der Welt geschafft werden, wenn bei allen Beamten die freie Beköstigung wegfiele und durch die entsprechende Baarvergütigung im Gehalt ersetzt würde, es aber Jedem freistände, die Kost gegen eine Bezahlung, welche dem jetzigen Ansatze im Etat gleichkommt, aus der Anstaltsküche zu beziehen.

Soviel hier zu der Frage, für deren Anregung man dem Verfasser dankbar sein kann. Solcher praktischer Fragen, welche alle Irrenanstalten interessiren und eine einheitliche Regelung dringend wünschenswerth machen, giebt es aber noch viele. Ich erinnere hier an die materielle Stellung der Irrenärzte, welche noch vielfach weit hinter der Stellung der entsprechenden Staatsbeamten zurücksteht, an die Frage des Avancements, dessen jetzige Handhabung die grössten Ungleichheiten zu Tage fördert, an die Regelung der Zahl der Wärter, Oberwärter, Aerzte im Verhältniss zum Krankenbestande. Dahin gehört auch ein Punkt, den ich bei dieser Gelegenheit kurz besprechen möchte. Die Bezahlung der ärztlichen motivirten Gutachten über Untersuchungsgefangene, welche zu sechswöchentlicher Beobachtung in die Irrenanstalten geschickt werden, mit dem Höchstsatze von 24 Mk. ist eine unwürdig geringe und entspricht auch nicht im entferntesten der ungeheuren Mühe und dem grossen Zeitverlust, welcher in den meisten Fällen das sorgfältige Studium der zahlreichen dicken Actenvolumina, der Actenauszüge, die eingehenden Untersuchungen und Colloquien und die Eintragungen in die Krankengeschichte, sowie schliesslich die Ausarbeitung des gewöhnlich recht umfangreichen Gutachtens verursachen. Es sind mir Fälle vorgekommen, in welchen der Schreiber für die Reinschrift des Gutachtens mehr als den dritten Theil der Summe zu liquidiren hatte, welche der Gutachter bekam. Stellt man damit in Vergleich das, was z. B. ein Chemiker für die im Allgemeinen nur mässige Zeit und wenig Nachdenken erfordernde Untersuchung von Leichentheilen und das darauf basirte Gutachten in einem Giftprocess liquidirt, in welchem der Irrenarzt ein Gutachten über den Geisteszustand des Angeklagten zu erstellen hat, so steht man beschämt da. Hat doch selbst ein Bücherrevisor in einem Falle von mangelhafter Buchführung, die ich augenblicklich zu begutachten habe, für Information und Ausarbeitung seines neun halbe Folioseiten umfassenden Gutachtens 24 Mk. (16 Arbeitsstunden à 1,50 Mk.) liquidirt, also gerade soviel wie ich zu liquidiren habe. Würde die Arbeit und die Arbeitszeit des Arztes auch nur so hoch gewerthet werden wie die eines Bücherrevisors, so würden in den einfachsten Fällen wohl mindestens 50 Mk. für das ärztliche Gutachten herauskommen. Nun ist ja allerdings die Möglichkeit vorhanden, für drei ärztliche Vorbesuche zu liquidiren, eine Möglichkeit, von der nicht überall Gebrauch gemacht wird (in unserer Anstalt werden diese erst seit einigen Jahren liquidirt). In den Irrenanstalten Westpreussens hat man, um den lächerlich geringen Satz für die Gutachten zu erhöhen, den Ausweg getroffen, dass in jedem Falle vor der Aufnahme eines Untersuchungsgefangenen zur Beobachtung seines Geisteszustandes amtlich zwei Gutachten und soviel Vorbesuche ausbedungen werden, als für nothwendig gehalten werden. Es liquidirt dann gewöhnlich jeder Gutachter zwölf Vorbesuche à 3 Mk., also 36 Mk.,

*) Ich will dabei bemerken, dass ich nicht etwa pro domo spreche, da ich schon seit mehreren Jahren nicht mehr zu den Beamten mit freier Beköstigung gehöre. H.



nebst den 24 Mk. für das Gutachten. Aehnliches geschieht meines Wissens besonders in schwierigeren Fällen in einzelnen anderen Anstalten. Doch ist das, wie gesagt, nur ein Ausweg, welcher die minimal und durchaus unzeitgemässe Bezahlung für das Gutachten selbst nicht tangirt. Eine einheitliche Regelung dieser Angelegenheit thut jedenfalls im Interesse aller Irrenärzte dringend noth.

Wo aber ist das Organ, das sich zum Sprachrohr solcher berechtigter Wünsche macht und die Interessen der Gesammtheit bei den maassgebenden Behörden vertritt? Artikel und Aufsätze, welche in den Fachblättern, wie es speciell diese Wochenschrift ist, erscheinen, können doch nur eine Anregung geben, welche vielleicht diesen oder jenen Anstaltsleiter veranlasst, bei seiner Behörde in der Richtung Anträge zu machen, während für das Gros der Anstalten die Anregung in dem Fachblatt begraben bleibt und der Vergessenheit anheimfällt. Und was nützt das vereinzelte Vorgehen der Gesammtheit, welche meistentheils nicht einmal etwas davon erfährt (wenn die Angelegenheit nicht gerade gelegentlich Gegenstand einer Rundfrage wird), ganz abgesehen davon, dass ein vereinzeltes Vorgehen wenig Erfolg verspricht. Hier wie überall heisst es „viribus unitis". Wie aber ist bei der Zersplitterung des deutschen Irrenwesens in unzählige Verwaltungskörper die Einheit, das einmüthige Vorgehen zu ermöglichen? Die einzige Stelle, von der aus ein solches erfolgen könnte, wäre noch der Verein deutscher Irrenärzte. Derselbe aber verfolgt nur wissenschaftliche Zwecke. Und wenn auch in denselben anscheinend rein praktische Probleme, wie die Wärterfrage, verhandelt worden sind, so sind es doch Fragen von einer allgemeinen, tief einschneidenden Bedeutung für die Irrenpflege gewesen, während man dem Vereine, wenn anders er seinen reservirten wissenschaftlichen Charakter behalten soll, die Besprechung und Vertretung solcher Specialfragen und Specialinteressen nicht zumuthen kann. Dazu muss ein ganz neuer Verein*) geschaffen werden und das kann nur der Verein deutscher Irrenanstaltsdirectoren sein, welcher keine wissenschaftlichen Tendenzen, sondern einzig und allein die Berathung von Verwaltungsfragen und die Vertretung der Interessen der Irrenanstaltsbeamten zur Aufgabe haben kann. Wenn ich nicht irre, hat schon Herr Koch, der frühere Director von Zwiefalten, vor einigen Jahren bei einer Gelegenheit die Zweckmässigkeit eines solchen Vereins betont. Wie die Directoren der höheren Lehranstalten, die Gymnasial- und Realschuldirectoren etc. in jährlichen Versammlungen über wichtige Fragen der Organisation der Schulen und des Unterrichts

*) Der Beweis der Nothwendigkeit, ja der Zweckmässigkeit einer solchen Neugründung ist von dem ungenannten Herrn Verfasser, dessen Ausführungen in mancher Hinsicht recht beherzigenswerth sind, nicht erbracht.

Ein Theil der angeregten Reformen, z. B. auch die Bresler'sche Forderung der baaren Kostentschädigung, lässt sich unschwer durch hinreichend begründete Einstellung entsprechender Posten in den Etatsentwurf erreichen. Beispielsweise wird jetzt in Uchtspringe den verheiratheten Wärtern nicht nur eine baare Kostentschädigung von jährlich 300 Mk., sondern überdies, dafern sie zu Hause schlafen und ihre Wäsche besorgen lassen, eine Baarentschädigung für Bettung und Wäsche mit jährlich 18 bezw. 15 zusammen 33 Mk. gewährt.

Das berufene Organ zur wirksamen Vertretung der Interessen der deutschen Irrenärzte und Anstalten ist und bleibt der „Verein der deutschen Irrenärzte", dessen Vorstand gewiss bereitwilligst allen rechtzeitig vorgebrachten und sachlich begründeten Anregungen Rechnung tragen wird. Um künftighin der Besprechung der den Praktikern am Herzen liegenden Bedürfnisse und Wünsche in erhöhtem Maasse gerecht werden zu können, erscheint es — worauf ja auch der Berichterstatter über den allgemeinen Theil der Halle'schen Versammlung in dieser Wochenschrift hingewiesen hatte — nothwendig, dass die Sitzungen der Jahresversammlung nicht auf kurze zwei Tage zusammengedrängt werden, sondern dass mindestens drei volle Tage für den mündlichen Gedankenaustausch zur Verfügung stehen. Der Congress der französischen Nerven- und Irrenärzte tagt beispielsweise eine ganze Woche.

Die Einsetzung ständiger Ausschüsse und Commissionen zur vorbereitenden Bearbeitung zeitgemässer Fragen und zur directen, sofortigen Erledigung immer wiederkehrender Fälle (z. B. Abwehr von Angriffen in der Tagespresse, in den Parlamenten) würde den Vorstand wirksam unterstützen und entlasten. Eine regelmässige Betheiligung möglichst aller Directoren könnte dadurch angestrebt werden, dass der Vorstand bezw. der Verein an zuständiger Stelle die Nothwendigkeit der officiellen Entsendung eines Vertreters jeder öffentlichen Anstalt betont. Mancher Director wird jetzt durch sein mageres Einkommen von dem Besuch der Jahresversammlung abgehalten, die er im Interesse seiner wissenschaftlichen, beruflichen und collegialen Weiterbildung eigentlich besuchen müsste und gerne besuchen möchte. Persönlich vorstellig und womöglich abschlägig beschieden werden, mag nicht Jeder.

Ein Verein, dem nur Anstaltsdirectoren angehören, würde vermuthlich die Berufs- und Standesinteressen der deutschen Irrenärzte wesentlich einseitiger vertreten, als dies der allgemeine Verein der deutschen Irrenärzte vermag, wo auch die jüngeren Herren in den Sitzungen wie im privaten Meinungsaustausch zu erwünschter Aussprache kommen.

Das Allernothwendigste scheint mir zu sein, dass die Directoren der einzelnen Provinzen bezw. Staaten sich öfters gemeinsam besprechen und mit Beiseitesetzung alles Nebensächlichen zu geschlossenem Vorgehen einigen. Es ist ein offenes Geheimniss, dass in manchen Provinzen und Staaten die Directoren durchaus nicht an einem Strange ziehen, sondern in den wichtigsten Fragen auffällig divergiren. Dann kann natürlich nichts erreicht werden, während bei einheitlichem Vorgehen eine Nichtberücksichtigung der gestellten Forderungen — auf die Dauer wenigstens — ausgeschlossen ist.

Die in den einzelnen Staaten und Provinzen geplanten oder erzielten Verbesserungen sollten regelmässig auf der Jahresversammlung bekannt gegeben und eventuell zum Ausgangspunkt allgemein zu stellender Forderungen gemacht werden.

Der ungenannte Herr Verfasser wird sich übrigens vermuthlich den Dank der nächsten Jahresversammlung verdienen, wenn er das Unwürdige der jetzigen, geradezu lumpigen Bezahlung irrenärztlicher Gutachten in einem knappen Referat nochmals darthut und passende Abänderungsvorschläge der betreffenden Gesetzesbestimmungen unterbreitet.

Uchtspringe, den 12. October 1899. Alt.



berathen, wie die Landesdirectoren der preussischen Provinzen in jedem Jahre zu einer Conferenz zusammenkommen, um über die allen Provinzen gemeinsamen Interessen, über wichtige Verwaltungs- und Organisationsfragen gemeinsam zu verhandeln und zu beschliessen, so liegt doch auch für die Directoren der deutschen Irrenanstalten eine ähnliche Nothwendigkeit zu solchen alljährlichen Zusammenkünften und mehr als ausreichendes Material zur gemeinsamen Besprechung und Durchberathung vor. Die Beschlüsse, welche auf diesen Versammlungen gefasst würden, würden einmal schon dadurch, dass sie durch die Tagespresse veröffentlicht würden, zur Kenntniss der maassgebenden Behörden gelangen, welche so veranlasst werden würden, dazu Stellung zu nehmen, dann aber den Anstaltsdirectoren in den einzelnen Verwaltungsbezirken die Directive und die Stütze geben zu gemeinsamem Vorgehen bei den nächsten Etatsconferenzen. Andererseits würde der Verein in einzelnen Angelegenheiten, wie es z. B. die Honorirung der Gutachten ist, direct bei den betreffenden Behörden vorstellig werden können.

Die wissenschaftliche, theoretische Seite der deutschen Psychiatrie wird durch den Verein deutscher Irrenärzte glänzend vertreten. Nach der praktischen oder, wenn ich mich so ausdrücken darf, technischen Richtung hin fehlt es ihr bislang noch an einer einheitlichen Vertretung. Hier soll der Verein deutscher Irrenanstaltsdirectoren eintreten, welcher die Einheit des deutschen Irrenwesens repräsentiren und in jeder Beziehung demselben zum Segen gereichen würde.

H.

Die hier angeschnittene Frage nach der Begründung eines Vereins deutscher Irrenanstaltsdirectoren glaubte die Redaction am besten einigen Directoren in den verschiedenen Bundesstaaten zur eigenen Beantwortung vorlegen zu müssen. Die folgenden Aeusserungen sind darauf eingegangen.

1. Die Idee der Gründung eines Vereins deutscher Irrenanstaltsdirectoren ist mir ganz sympathisch, jedoch zweifle ich, dass dieselbe leicht durchführbar und von besonderem Erfolge begleitet sein wird. Ich bin der Ansicht, dass man zunächst doch noch versuchen sollte, ob die Ziele, welche der neue Verein anstrebt, nicht auch durch den Verein deutscher Irrenärzte sich erreichen liessen. Die Directoren sind ja ohnedem wohl vollzählig in demselben vereinigt und auch im Vorstande in überwiegender Zahl vertreten, auch in anderen Vereinen ist die Verschmelzung praktischer und wissenschaftlicher Tendenzen nichts Ungewohntes, sicher aber wird ein derartiger Verein den Behörden gegenüber eine ganz andere Wirksamkeit entfalten können als eine einseitige Interessentengruppe.

B.

2. Ein Verein aller Anstaltsdirectoren erscheint mir nicht praktisch. Die Directoren der Anstalt einer Provinz werden schon jetzt meist zu gemeinsamen Conferenzen herangezogen, ein allgemeiner Verein für ganz Deutschland dürfte nicht praktisch sein. Einmal macht er dem Vereine der deutschen Irrenärzte Concurrenz und dann — wer kann und will immer reisen auf seine Kosten zu den 100 Vereinen? Der Verein der deutschen Irrenärzte vertritt auch die praktischen Interessen (vergl. Atteste für Leichentransport u. A.).

S.

3. Dem vorstehenden Vorschlage kann ich nicht unbedingt beipflichten. Es ist ja gewiss richtig, dass man in Standesangelegenheiten nur durch festen Zusammenschluss etwas erreichen kann, aber wir können doch nicht immer wieder neue Vereine aus denselben Personen bestehend gründen, zumal wenn deren Wohnsitze räumlich so weit auseinanderliegen. Wenn der Verein deutscher Irrenärzte sich vorzugsweise mit wissenschaftlichen Fragen beschäftigt, so gereicht dies der Psychiatrie sicherlich nicht zum Nachtheil, ihren Vertretern nur zur Ehre. Den Standesfragen braucht er darum keineswegs fremd zu bleiben und er wird sie wohl auch auf seinen Versammlungen zur Discussion stellen, wenn seinem Vorstande entsprechend motivirte Anträge zugehen. Auch betreffen die Standesfragen nicht nur die Directoren, sondern die in anderen Stellungen ihrer Beförderung harrenden Collegen eigentlich noch mehr. Zwischen diesen eine Grenze ziehen zu wollen, erschien mir unnatürlich. Eher könnte es erforderlich werden, einen Unterschied zu machen zwischen den Irrenanstalten sensu strictiori und den Kliniken mit ihren mehr akademischen Tendenzen. Fällt letzteren naturgemäss die Führung zu in den wissenschaftlichen Bestrebungen, so liegen dem praktischen Psychiater die administrativen und Standesfragen näher. Drängen besondere Fragen auf letzterem Gebiete zu eingehenderer Berathung und etwaigen Beschlussfassungen, so geschähe dies meines Erachtens am besten auf den Versammlungen des Vereins der Irrenärzte, eventuell im Anschluss an diese durch die besonders betheiligten Collegen. Eine eigene Vereinsgründung könnte höchstens zu einer Secession führen, die von der Wissenschaft losgelöst nur mit Standesfragen sich beschäftigend

sich nicht eben viel Sympathien erwerben dürfte. — Meinerseits werde ich jederzeit gern bereit sein, etwaige Wünsche der Herren Collegen, die darauf abzielen, dass der Verein der Irrenärzte auch die praktischen Fragen gelegentlich auf seine Tagesordnung setze, im Vorstande zu vertreten. K.



Mittheilungen.

— In vielen Beziehungen lehrreich ist der Bericht pro 1898/99 der Verwaltung des **Hilfsvereins für die Geisteskranken in Hessen,** in welchem der Vorstand einen Rückblick über die nunmehr 25jährige Wirksamkeit des Vereins giebt. Die Zahl der Geber betrug im Jahre 1874 nur 241, im Jahre 1898/99 42610; in der am dünnsten bevölkerten und am wenigsten wohlhabenden Provinz Oberhessen hat sie am meisten zugenommen. Die Betheiligung der Bewohner der drei Provinzialhauptstädte hat dabei die ausgedehnte und energisch vorwärtsschreitende Bewegung zahlreicher Ortschaften des platten Landes nicht erreicht, namentlich fehlen unter den Gebern dieser drei Städte (Darmstadt, Giessen, Mainz) die weniger bemittelten Bewohner, die Spender der kleinen Pfenniggaben, woraus zu folgern sei, dass der grösste Theil der Bevölkerung dieser Städte von den Bestrebungen des Vereins keine rechte Kenntnis habe. Dies sei in doppelter Beziehung zu bedauern: einmal in Bezug auf den Verein selbst, weil derselbe wegen der in den Städten häufiger stattfindenden Erkrankungen von hier aus verhältnissmässig stark in Anspruch genommen wird, dann im Allgemeinen weil die städtischen Lebensgewohnheiten mit ihren vielen die Entstehung von Geistesstörungen begünstigenden Momenten (Trunk, Syphilis u. s. w.) auf die Landbewohner von maassgebendem Einfluss zu werden pflegen.

In diesen 25 Jahren wurden 239803,22 Mk. an Unterstützungen verausgabt (also jährlich fast 10000 Mk.); vereinnahmt wurden durch Collekte 202027,82 Mk., aus öffentlichen Kassen 62342,34 Mk. Als eine wesentliche Stütze des Vereins werden die Vertrauensmänner bezeichnet, nicht nur um die Collekte zu fördern, sondern auch um die Angelegenheiten und die Zukunft des einzelnen Reconvalescenten in geeignete und zuverlässige Hände legen zu können (gegenwärtig 627 active Vertrauensmänner). Ferner wurde stets viel Werth gelegt auf die Verbreitung einer möglichst grossen Zahl von Jahresberichten mit ihren für die Sache Propaganda machenden und das Publikum über den Werth der Vereinsbestrebungen aufklärenden Ausführungen.

Der Verein kann sich aber auch rühmen, auch in weiterem Umfange auf die Entwicklung des hessischen Irrenwesens fruchtbar eingewirkt zu haben, insofern er an der Errichtung der psychiatrischen Klinik zu Giessen, an der Bewegung zu Gunsten der Gründung von Provinzialpflegeanstalten und vor allem an der unterm 20. Mai v. J. in das Leben getretenen Neuregulierung der an die Landesirrenanstalten für die einzelnen Kranken zu zahlenden Pflegegelder Antheil nehmen durfte.

Die Vertrauensmänner hat der Verein auch dafür gewonnen, dem Dienste der Krankenpflege in den Irrenanstalten geeignete Kräfte zuzuführen, was bei der allgemein empfundenen Abneigung gegen den Dienst in der Irrenanstalt und dem geringen Gehalt, mit welchem die Beschäftigung in der Irrenanstalt im Gegensatz zu derjenigen selbst des einfachsten Arbeiters bezahlt wird, besondere Anerkennung verdient. Im Zusammenhange mit dem von Jahr zu Jahr wiederholten Hinweise des Vereins auf die Nothwendigkeit der Erhöhung des dienstlichen Einkommens des Pflegepersonals steht auch, wie der Vorstand zu seiner Freude mitteilt, die folgende Verordnung, welche das Grossherzogl. Ministerium des Innern im Einverständniss mit den beiden Kammern der Landstände unterm 17. Juni d. J. erlassen hat.

1. Der Wärter erhält, wie bisher, für das erste Jahr 350 Mk., für das zweite Jahr 400 Mk. und vom dritten Jahre an 500 Mk. an baarem Gehalt, die Wärterin für das erste Jahr 300 Mk., für das zweite Jahr 350 Mk. und vom dritten Jahre an 450 Mk.

2. Die Wärter und Wärterinnen erhalten auf Anstaltskosten Dienstkleidung geliefert, welche auch von der Anstalt unterhalten wird; in einer Kleiderordnung wird das Nähere hierüber bestimmt.

3. Die Wärter und Wärterinnen haben bei tadelloser Führung, nach zurückgelegtem sechsten Dienstjahr einen Anspruch auf Auszahlung **einer Prämie von 1000 Mk.** Die Auszahlung erfolgt in der Regel bei dem Austritt aus dem Dienst durch die Behändigung eines Sparkassenbuchs über den fraglichen Betrag und die seit der Zurücklegung des sechsten Dienstjahres erwachsenen Zinsen.

4. Nach sechsjähriger Dienstzeit wird, unbeschadet der Rechte der Militäranwärter und berechtigten Civilbewerber, darauf Bedacht genommen werden, dass die Wärter in niederen Dienststellen des Staates oder der Eisenbahnverwaltung Verwendung finden können.

Der Bericht fordert weiterhin die Vertrauensmänner zu häufigeren Besuchen der Irrenanstalten auf, er weist auf die Nothwendigkeit der Errichtung von Genesungsheimen für Anstaltsreconvalescenten hin und hofft, dass sich auch bezüglich der Geistesstörungen die Gesellschaft zu einer gleichen Kundgebung und gemeinschaftlichem Vorgehen entschliessen können wird, wie es gegenüber der Lungenschwindsucht durch den Berliner Congress zum Ausdruck



gekommen ist; einen älteren Anspruch darauf habe ja die Psychiatrie, da schon seit 100 Jahren ihre Vertreter gegen die Ausbreitung der Geistesstörungen kämpfen. Im December v. J. wurden dem Verein die Rechte einer juristischen Person verliehen.

Wir wünschen dem Verein von Herzen fernerhin ein so erspriessliches und segensreiches Gedeihen, wie es ihm bisher beschieden war; er kann mit wahrhaftem Stolz auf seine Thätigkeit zurückblicken. Möge sein Beispiel anderwärts — diese Hilfsvereine stehen heute noch ziemlich vereinzelt da — bald eifrige Nachahmung finden. Red.

Psychiatrischer Brief aus England.

Chiswick, September 1899.

Ich wünschte, ich könnte diese Zeilen mit einem so glänzenden und wohlwollenden Citat beginnen, wie Sie es in ihrem vorjährigen Bericht über die Fortschritte des deutschen Irrenwesens 1898 im Journal of Mental Science mittheilten. Es wäre gut, wenn auch wir englischen Irrenärzte einen hervorragenden Staatsmann hätten, der sich die Mühe nähme, sich eine wirkliche Kenntniss des Irrenwesens anzueignen, und auf Grund eigener Erfahrung seine Meinung im Parlament in der Weise äusserte, wie es Graf Posadowsky im Deutschen Reichstage gethan hat. Es ist unglaublich, ein wie grosses Vorurtheil in England, selbst bei denen, welche es besser wissen sollten, gegen die Psychiatrie herrscht. Sensationssucht und Brochüren und Zeitungsartikel, deren Tendenz nichts weniger als philanthropisch ist, leisten demselben Vorschub und nichts wird gethan, um die öffentliche Meinung auf einen besseren Weg zu bringen. Man muss leider zufügen, dass die irrthümlichen Ansichten sich nicht bloss bei den Ungebildeten finden, von denen man nichts Besseres verlangen kann.

Das Irrengesetz ist für den Augenblick zurückgezogen, wird aber nach einiger Zeit wieder gebracht werden. Zwei Bestimmungen desselben, 1. die Verkürzung der Frist, innerhalb welcher ein dringlicher Aufnahmeantrag giltig ist, 2. die Bestimmung betreffend frischerkrankte Fälle, die ihre Entstehung den Vorschlägen verdankt, welche von einem Comité englischer Irrenärzte dem Lordkanzler gemacht worden sind (s. Nr. 11/12 dieser Wochenschrift), waren gänzlich ungenügend und würden zu vielen Unzuträglichkeiten führen, zumal bei ihnen die näheren Ausführungen ganz weggelassen sind. Man hat auch nicht versucht, die Anstalten und Personen zu bestimmen, welche frischerkrankte und nicht „attestirte" zweifelhafte Fälle aufnehmen dürfen und es scheint die Ansicht maassgebend zu sein, das Jedweder Alles von Psychiatrie versteht und speciell mit solchen Fällen umzugehen vermag. Die Pensions-Clauseln wurden weggelassen, bevor das Gesetz zurückgezogen wurde. Hoffentlich werden sie in das definitive Gesetz wieder eingefügt; es ist nur billig, dass die Leiter der öffentlichen Anstalten für die dem Staate geleisteten Dienste eine Anerkennung erhalten.

Die Jahresversammlung der Medico-Psychological Association Grossbritanniens und Irlands fand unter zahlreicher Betheiligung am 27. und 28. Juli in London unter dem Vorsitz von Dr. Spence (Anstalt Burntword, Lichfield) statt; von den gehaltenen Vorträgen seien hervorgehoben: die Syphilis in ihrer Beziehung zur Paralyse (Dr. Mott); Zustände von Anästhesie bei Geisteskranken; über Erscheinungen rapider ante- und postmortaler Dekomposition bei einem Paralytiker (Dr. Whitecombe), das Verhältniss von Verbrechen und Strafe (Dr. Mercier); Heirat und Geistesstörung.

Auch die Sitzung der Psychologischen Section der British Medical Association in Portsmouth (2. bis 4. Aug.) war gut besucht. Dr. Nicolson (Lord Chancellor's Visitor) präsidirte und folgende Vorträge wurden u. a. gehalten: Dr. Sutherland über die Nothwendigkeit eines Gesetzes für die Trunksüchtigen der höheren Volksklassen, Dr. Campbell über Syphilis und Paralyse, Dr. Savage über die „Einzelpflege" und die hierauf bezüglichen vorgeschlagenen neuen Clauseln im Irrengesetz, Dr. Shuttleworth über Epilepsie und Imbecillität.

Das 53. Blaubuch der Irrenanstaltscommissäre ist kürzlich herausgegeben worden. Es weist eine beträchtliche Zunahme der Zahl der officiell bekannten und als solche registrirten Geisteskranken auf, besonders in den ärmeren Volksschichten. Ob dieselbe eine wirkliche ist, bleibt eine offene Frage; es scheinen manche Ursachen zusammenzuwirken, besonders die Steigerung der Aufnahmen, bedingt durch das wachsende Zutrauen zu den Anstalten und die Anhäufung chronischer unheilbarer Fälle, z. Th. als Folge der grösseren Langlebigkeit der Kranken. Jedenfalls erachtet man eine erhebliche Erweiterung der Landes- und Kreisanstalten für nothwendig und es sollen zahlreiche neue Anstalten gebaut werden, so in Middlesex, East Sussex, Hertfordshire, Lancashire, Nottinghamshire. Der Bericht erwähnt mit Bedauern die niedrige Procentzahl der Geheilten im Vergleich mit der zunehmenden Zahl der Behandlungsmethoden und der gesteigerten Pflege und Fürsorge, ein Umstand, der wohl zu dem bedeutenden Anwachsen der Zahl der officiell bekannten Geisteskranken führt.

In dem im Januar d. J. gestorbenen Dr. John Hayball Paul verlor die Med.-Psychological Association eins ihrer ältesten und beliebtesten Mitglieder und ihren langjährigen Schatzmeister. — Das hohe Alter von 94 Jahren hat Sir John Nugrut, früherer Generalinspector der irländischen Anstalten, erreicht, welcher am 26. Januar d. J. verschieden ist.

Dr. P. Seymour Tuke.

Personalnachricht.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

Wien. Herr Dr. E. Bischoff wurde der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt in Klosterneuburg zur Dienstleistung zugewiesen. An seine Stelle in Wien trat Herr Dr. von Wieq.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 30. 21. October 1899.

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Die Gesetzmässigkeit des Anhäufungsprocesses der Geisteskranken in der Bevölkerung des Gouvernements Moskau nach den Ergebnissen der Zählung 1893.

(Aus dem Russischen übersetzt.)

Vortrag, gehalten in der Moskauer neurologisch-psychiatrischen Gesellschaft am 19. Februar 1899 von *W. Jakowenko.*

Die Menge der in der Bevölkerung eines Landes vorhandenen und zu einer gewissen Zeit gezählten Geisteskranken kann nicht als Resultat der Erkrankungen eines Jahres gedeutet werden. Die lange Dauer der psychischen Krankheiten bedingt eine allmähliche Anhäufung der Geisteskranken: von den im gegebenen Jahre Erkrankten geht nur ein Theil während der nächsten Zeit ab (genesen oder gestorben), die Mehrzahl aber bleibt über und gesellt sich zu den Resten von den vorhergehenden Jahren. Daher muss die in der Bevölkerung vorhandene Anzahl der Geisteskranken als die Summe von Resten einer ganzen Reihe von Jahren angesehen werden.

Es ist sowohl in theoretischer, als in praktischer Hinsicht sehr wichtig, nicht nur die ganze Krankensumme, sondern auch die einzelnen Componenten zu kennen, aus welchen sich die Summe zusammensetzt. Es ist ganz selbstverständlich, dass derjenige Theil der Componenten, welcher aus den Resten der letzten Jahre entsteht, einen ganz anderen praktischen Werth hat (man kann nämlich noch Genesungen erwarten und deshalb brauchen solche Kranke noch ärztliche Behandlung), als der andere Theil aus Resten von entfernteren Jahren (ausschliesslich chronische, welche nur durch Aussterben abgehen).

Wäre es gelungen, Gesetzmässigkeit in der Anhäufung der Reste jedes einzelnen Jahres aufzufinden, so wäre dadurch auch die Gesetzmässigkeit des Abgehens der Geisteskranken (durch Genesung und Tod) festgestellt, da beide Erscheinungen einander ergänzen. Endlich, wüsste man, wie die Kranken überhaupt abgehen und besonders wie sie aussterben,*) so könnte man theoretisch das Genesungsprocent berechnen.

Wenn es möglich wäre, ohne Ausnahme alle neu erkrankten Geisteskranken zu notiren und dann das Schicksal jedes einzelnen Kranken zu verfolgen, d. h. die Zeit der Genesung oder des Todes (in der Psychose) kennen zu lernen, so wäre dadurch die oben gestellte Aufgabe ganz genau gelöst: wir könnten eine vollständig richtige Ueberlebungs- und Sterbetabelle der Geisteskranken verfassen. Diese Methode

*) Nach den Kirchenbüchern.



aber fordert 1. eine sehr lange dauernde Beobachtung, da es chronisch Geisteskranke giebt mit langer Krankheitsdauer (bis 60 Jahre); 2. giebt es keine Einrichtung, die uns die Beobachtung aller Geisteskranken eines Landes erlaubte; dabei müsste man noch die ein- und auswandernden Kranken mit in Rechenschaft nehmen. Alles zusammen genommen ist diese Aufgabe nicht nur bei uns in Russland unausführbar, sondern auch in den Ländern Westeuropas, welche in der Irrenfürsorge weit vorgerückt sind.

Glücklicherweise giebt es zur Lösung der oben gestellten Aufgabe eine wenn nicht so genaue, so doch einfachere und ausführbare Methode.

Wenn wir bei einer möglichst genau ausgeführten Zählung der Geisteskranken irgend eines Gebietes die Krankheitsdauer jedes Kranken (oder, was dasselbe ist, den Anfang der Krankheit) notiren und dann alle Kranken nach ihrer Krankheitsdauer ordnen, so bekommen wir eine Reihe Zahlen, welche Reste der Erkrankungen verschiedener Jahre vorstellen. Wenn die so entstandene Reihe sich durch Beständigkeit auszeichnet, d. h. wenn bei wiederholten Zählungen der Geisteskranken die Verhältnisse der Reste verschiedener Jahre dieselben bleiben und die Summe der ganzen Reihe, d. h. die gesammte Krankenmenge nicht wechselt (was die Gleichheit der Zahl der jährlich Abgehenden — Genesenden und Sterbenden — und der Zahl der neu Erkrankenden bewiese), so könnten wir mit Recht solch eine Reihe als eine Ueberlebungs- und Absterbenstabelle der Geisteskranken ansehen. So thun es die Statistiker, wenn sie beim Vorhandensein der soeben besprochenen Bedingungen den Altersaufbau der Bevölkerung zur Abfassung der Ueberlebungs- und Absterbenstabelle benutzen. Bei dieser Methode darf man nicht vergessen, dass die Krankheitsdauer durch die Verwandten oder Nachbarn nicht genau bestimmt wird und dass dadurch Irrthümer entstehen können. Uebrigens leiden an gleicher Ungenauigkeit auch die Zählungen der gesunden Bevölkerung bei der Bestimmung des Alters, da das Alter nicht nach den Taufbüchern, sondern nach den Angaben der Befragten bezeichnet wird. Dieser Umstand aber vermindert keineswegs den wissenschaftlichen Werth des gewonnenen Materials. Es gleichen nämlich bei grosser Anzahl von Fällen die nach beiden Seiten der Wahrheit gemachten Fehler einander aus. Die Statistiker haben das Gesetz entdeckt, dass Abweichungen von der wahren Durchschnittsgrösse bei einer grossen Anzahl von Beobachtungen sich symmetrisch in positiver und negativer Richtung ordnen, so dass daraus eine Durchschnittsgrösse entsteht, die der Wahrheit genau entspricht. Wie bei Beurtheilung des Alters gesunder Menschen, so bemerkt man auch bei Beurtheiluug der Krankheitsdauer bei Geisteskranken, dass die Befragten immer die Zahlen abzurunden suchen: statt 4 zeigt man 5 Jahre an, statt 9 oder 10: 11, statt 48 oder 52: 50 u. dgl. Die daraus folgenden Fehler werden leicht ausgeglichen, wenn man das gewonnene Material nicht nach Jahren, sondern nach Jahrfünften, oder noch besser nach Jahrzehnten ordnet.

Nach diesen Vorbemerkungen gehe ich zur Untersuchung der Ergebnisse über, die die Zählung*) der Geisteskranken im Gouvernement Moskau im Jahre 1893 geliefert.

In unserem Falle muss der Einfluss der Ein- und Auswanderung der Geisteskranken ausgeschlossen werden: bei der Zählung sind nur Eingeborene des Gouvernements Moskau in Betracht gezogen worden, welche zu den bäuerlichen und kleinbürgerlichen Gemeinden des Gouvernements gehören, dann noch Edelleute, Geistliche und Kaufleute, welche immer im Gouvernement wohnen. Wenn ein Eingeborener des Moskauer Gouvernements in irgend einem anderen Gouvernement psychisch erkrankt, so kommt er nur selten nicht wieder nach Hause: die Pflegekosten in den Krankenhäusern**) oder die gewohnheitsmässige Verbringung in die Heimath bringen ihn fast in jedem Falle in die eigene Familie oder in die Gemeinde zurück, zu der er gehörte. Das Auswandern eines schon geisteskranken Bauern aus dem Moskauer Gouvernement ist bei unseren Culturverhältnissen gänzlich unmöglich.

Die Fehler, welche bei der Bestimmung der Krankheitsdauer unvermeidlich sind, sind bei der Bearbeitung des Materials durch Gruppirung nach Decennien beseitigt worden. Was die Beständigkeit der Gesammtsumme der Geisteskranken anbetrifft, so kann dieselbe weder bewiesen (da die Zählung nur einmal stattgefunden), noch a priori behauptet werden; selbst bei der Voraussetzung, dass das Erkrankungsprocent der Bevölkerung des Gouvernements

*) Alle Kranken sind von Psychiatern in ihren Wohnorten besucht worden; das Resultat der Untersuchungen und der Befragung von Verwandten ist nach einem im voraus festgesetzten umständlichen Programm aufgeschrieben worden.

**) In den Krankenhäusern seines Gouvernements wird Jeder gratis gepflegt.



Moskau an psychischen Krankheiten in Folge unveränderlicher Existenzverhältnisse für längere Zeit das gleiche bleibt, muss die Gesammtsumme der Geisteskranken doch jahraus jahrein wachsen wegen der steten Bevölkerungsvermehrung im Moskauer Gouvernement. Also, wenn es uns auch gelungen wäre, an unserem Material die Beständigkeit der Verhältnisse zwischen den Resten der in verschiedenen Jahren oder Jahrzehnten erfolgten Erkrankungen zu beweisen, so hätten wir doch kein Recht, die daraus entstandene Tabelle als Ueberlebungs- und Absterbenstabelle der Geisteskranken zu betrachten: es wäre nothwendig, sie zu corrigiren wegen der allmählich steigenden Anzahl der neu Erkrankenden in Folge der Bevölkerungsvermehrung.

Während der Zählung 1893 sind im Moskauer Gouvernement (die Stadt Moskau ausgeschlossen) 3072 Kranke registrirt worden.*) Daraus schliesse ich einstweilen alle von Geburt (oder frühester Kindheit) an Blödsinnigen aus: 911. Unter den übrigen 2161 Geisteskranken (darunter auch Epileptiker) ist bei 135 die Krankheitsdauer nicht genau angezeigt worden („unbekannt" oder „schon lange her"). Es bleiben also 2026 Geisteskranke, welche sich der Krankheitsdauer nach in der in untenstehender Tabelle verzeichneten Weise vertheilen.

*) Nach der Volkszählung von 1897 beläuft sich die Bevölkerung des Moskauer Gouvernements (ohne Moskau) auf 1 444 742 Einwohner.

Bei Untersuchung dieser Tabelle fällt zunächst in die Augen, dass sich die Kranken der Krankheitsdauer nach in abnehmender Folge ordnen, d. h. je länger die Dauer vom Beginn der Krankheit, desto weniger (absolut und in Procent) die Zahl der Kranken; mit anderen Worten: die Anzahl der Kranken mit gewisser Krankheitsdauer steht im gegensätzlichen Verhältniss zu dieser Dauer.

Dieselbe Erscheinung lässt sich trotz einiger Abweichungen bemerken, wenn man die Anzahl der Kranken auch nach einzelnen Jahren vergleicht: 1893, 1892, 1890, 1889, 1887, 1886 und 1884; in einigen aber (1891, 1888 und 1885) übertrifft die Krankenanzahl diejenige der vorhergehenden Jahre. Die Möglichkeit, Fehler zu begehen bei der Bestimmung der Krankheitsdauer nach einzelnen Jahren, die kleine Anzahl der Beobachtungen, endlich die Möglichkeit zufälliger Wirkungen, welche in diesem oder jenem Jahre mehr oder weniger Erkrankungen als gewöhnlich verursachen konnten — das Alles zusammen erklärt genügend die soeben angeführten Abweichungen von der gewöhnlichen Abnahmeordnung. Man braucht aber nur nach Decennien das Material zu gruppiren, wodurch die Registrirungsfehler und die Wirkung zufälliger Ursachen sich ganz abgleichen, um sich nicht nur von der Abnahme der Krankenzahl, sondern auch von der Gesetzmässigkeit dieser Abnahme zu überzeugen.

	Die Krankheit begann	Bei Männern	% zur Zahl der Männer	Bei Frauen	% zur Zahl der Frauen	Zusammen	% zur Gesammtzahl der Kranken
	im Jahre 1893	133	—	80	—	193	9,5 %
	„ „ 1892	83	—	44	—	127	6,2 „
	„ „ 1891	70	—	58	—	128	6,3 „
	„ „ 1890	66	—	41	—	107	5,2 „
	„ „ 1889	45	—	47	—	92	4,5 „
	„ „ 1888	57	—	43	—	100	4,9 „
	„ „ 1887	47	—	32	—	79	3,9 „
	„ „ 1886	43	—	29	—	72	3,5 „
	„ „ 1885	47	—	27	—	74	3,6 „
	„ „ 1884	30	—	17	—	47	2,3 „
Also für das erste Decennium	1893—1884	621	51,1 %	418	49,1 %	1019	50,29 %
von 11—20 Jahren	1883—1874	319	27,1 „	223	26,1 „	542	26,75 „
„ 21—30 „	1873—1864	146	12,4 „	111	13,0 „	257	12,68 „
„ 31—40 „	1863—1854	77	6,5 „	49	5,7 „	126	6,21 „
„ 41—50 „	1853—1844	27	2,3 „	37	4,3 „	64	3,10 „
„ 51—55 „	1843—1839	4	0,3 „	14	1,6 „	18†)	0,88 „
	Also	1174	—	854	—	2026	—

†) Diese Zahl entspricht nicht 10, sondern 5 Jahren.



In der That, wenn wir die Vertheilung der Krankheitsdauer nach Decennien bei Frauen (852), bei Männern (1174) und bei beiden zusammen (2026) beobachten, so bemerken wir, dass je grösser die Zahl der Fälle, desto mehr wir uns einer ganz regelmässigen abnehmenden geometrischen Progression mit dem Nenner 0,5 nähern:

50 : 25 : 12,5 : 6,25 : 3,12 : 1,56 (s. Tab.).

	Voraus-gesetzte Pro-gression	Wirkliche Grössen nach den Ergebnissen der Zählung.								
		Frauen		Männer		Zusammen		Absolute Grössen		
		% der Gesammtzahl der Frauen	Abweichung	% der Gesammtzahl der Männer	Abweichung	% der Gesammtzahl der Kranken	Abweichung	theoretische	wirkliche	Abweichung
Unter 10 Jahren	50	49,1	— 0,9	51,1	+ 1,1	50,29	+ 0,29	1013	1019	+ 6
11—20 „	25	26,1	+ 1,1	27,1	+ 2,1	26,75	+ 1,75	506,5	542	+ 35,5
21—30 „	12,5	13,0	+ 0,5	12,4	— 0,1	12,68	+ 0,18	253,25	257	+ 3,75
31—40 „	6,25	5,7	— 0,55	6,5	+ 0,25	6,21	— 0,04	126,625	126	— 0,625
41—50 „	3,12	4,3	+ 1,18	2,3	— 0,82	3,10	— 0,02	63,312	64	+ 0,688
51—55 „	0,91†)	1,6	— 0,69	0,3	— 0,61	0,88	— 0,03	18,5 †)	18	— 0,5
									2026	

†) **Da diese Gruppe nicht 10, sondern 5 Jahren entspricht (51—55), so muss man erwarten, dass die Anzahl der Kranken mit solcher Krankheitsdauer nicht halb so gross als die des vorhergehenden Decenniums, sondern noch kleiner sein wird. Das ist leicht theoretisch zu berechnen.** Nimmt man an, dass das erste Progressionsglied $a = 136$ (was weiter berechnet wird) und der Nenner $= \sqrt[10]{0,5} = 0,933$ ist, so bekommen wir folgende Summe für die 5 Jahre (51—55):

$$S = \frac{a\left(\sqrt[10]{0,5}\right)^{50} - a\left(\sqrt[10]{0,5}\right)^{55}}{1 - \sqrt[10]{0,5}} = \frac{a\,(0,5)^5\,(1 - \sqrt{0,5})}{1 - \sqrt[10]{0,5}} = \frac{136 \cdot 0,03125 \cdot 0,292}{0,067} = 18,5,$$

und 18,5 macht von 2026 0,91 % aus.

(Fortsetzung folgt.)



Die Ministerial-Verfügung*) vom 2. August 1899, betr. die

Anzeigen von Entweichung geisteskranker Untersuchungsgefangener.

Wortlaut der Verfügung:

Die Umstände, unter welchen der wegen schwerer Einbruchsdiebstähle zur gerichtlichen Untersuchung gezogene, aber nach Feststellung seiner Unzurechnungsfähigkeit aus der Untersuchungshaft entlassene und später auch ausser Verfolgung gesetzte Geisteskranke B. in die Irrenanstalt zu E. untergebracht worden ist, mussten es unbedingt angezeigt erscheinen lassen, der königlichen Staatsanwaltschaft zu W., auf deren Veranlassung die Unterbringung erfolgte, von dem Entweichen des Genannten aus der Anstalt sofort Mittheilung zu machen.

Wenn der Anstaltsdirector in seinem Schreiben an den Landesdirector vom 12. November v. J. sich darauf beruft, dass keine Bestimmung bestehe, welche ihn zu einer solchen Anzeige verpflichte, dass vielmehr auch von der Entlassung eines Irren aus der Anstalt der Staatsanwaltschaft lediglich „aus gutem Willen“ seitens der Anstaltsdirection Mittheilung gemacht werde, so mag diese Auffassung in dem Mangel entsprechender Vorschriften des Anstaltsreglements und sonstiger allgemeiner Bestimmungen ihre Entschuldigung finden. Es muss indessen dieser Umstand Veranlassung geben, baldthunlichst für die Beseitigung dieses Mangels Sorge zu tragen. Das, was in dem Circularerlasse vom 24. September 1880 wegen der der Staatsanwaltschaft zu machenden Anzeige von der Aufnahme eines Irren in eine öffentliche Irrenanstalt angeordnet ist, muss entsprechend der im § 13 des Runderlasses vom 20. Sept. 1895 (Min.-Bl. 1895, S. 271) für Privat-Irrenanstalten erlassenen Vorschrift auch für die Entlassung von Geisteskranken aus den öffentlichen Anstalten Platz greifen. Insbesondere erscheint eine solche Anzeige geboten, wenn es sich um Irre handelt, welche verbrecherischer Handlungen beschuldigt sind, aber ihres krankhaften Zustandes wegen aus der gericht-

*) Ministerial-Blatt für die gesammte innere Verwaltung in den Königlich Preussischen Staaten. 1899. Nr. 8. 30. Sept.

lichen Untersuchungshaft haben entlassen werden müssen. In noch höherem Grade erweist sich die Nothwendigkeit der Anzeige, wenn ein derartiger Kranker aus der Anstalt entwichen ist.

Sofern die Anstaltsreglements dahingehende Vorschriften nicht enthalten, so werden entsprechende Anordnungen im polizeilichen Interesse von Aufsichtswegen getroffen werden müssen.

Eure Excellenz ersuchen wir daher, alsbald das Erforderliche nach dieser Richtung hin für die dortige Provinz zu veranlassen.

Im Uebrigen giebt uns der vorliegende Bericht zu folgenden Bemerkungen Anlass:

Werden Personen, die wegen Verbrechen oder Vergehen zur gerichtlichen Untersuchung gezogen sind, nach Feststellung ihrer Unzurechnungsfähigkeit in Folge Geisteskrankheit ausser Verfolgung gesetzt und, aus der Untersuchungshaft entlassen, der Polizeibehörde überwiesen, so hat diese zunächst zu prüfen, ob die Unterbringung der Kranken, sei es in ihrem eigenen Interesse, sei es im Falle der Gemeingefährlichkeit im Interesse der Gesammtheit, in einer Irrenanstalt erforderlich ist. Liegt, wie dies in vielen der in Rede stehenden Fällen zutrifft, Gemeingefährlichkeit vor, so sind die Provinzen — in der dortigen Provinz die communalständischen Verbände der Regierungsbezirke — gesetzlich verpflichtet, die Aufnahme solcher Irren in einer Anstalt zu bewirken, welche die zur Verwahrung gemeingefährlicher Geisteskranken nöthigen Einrichtungen bietet und mit dem zur Bewachung solcher Kranken erforderlichen Wärterpersonal versehen ist. Dabei bleibt die Art der Unterbringung im einzelnen Falle der sachverständigen Beurtheilung der leitenden Anstaltsärzte überlassen. Jedoch wird nicht ausser Betracht zu lassen sein, dass, wenn auch entlassene Untersuchungsgefangene in Beziehung auf ihre Unterbringung im Allgemeinen anderen Irren gleichzuachten sind, dennoch in vielen Fällen wegen der besonderen Art der Gemeingefährlichkeit, namentlich bei dem Vorhandensein verbrecherischer Neigungen, eine besondere Ueberwachung derselben auch innerhalb der Irrenanstalten unvermeidlich ist.

Sind die hierzu erforderlichen Einrichtungen — in den öffentlichen Anstalten der dortigen Provinz — in genügendem Maasse nicht vorhanden, so haben die communalständischen Bezirksverbände die gesetzliche Verpflichtung, solche zu beschaffen oder die Benutzung anderer geeigneter öffentlicher Anstalten in dem dem Bedürfniss entsprechenden Maasse sicher zu stellen.

Einer besonderen gesetzlichen Regelung bedarf dieser Gegenstand bei dem Bestehen ausreichender gesetzlicher Bestimmungen nicht mehr.

Indem wir bemerken, dass die Frage der Unterbringung geisteskranker Strafgefangener hierdurch nicht berührt wird, ersuchen wir Eure Excellenz zu veranlassen, dass die auch in Beziehung auf den vorstehenden Punkt erforderlichen Vorkehrungen getroffen werden.

Berlin, den 2. August 1899.

Der Minister der geistlichen etc. Angelegenheiten.	Der Minister des Innern.
Im Auftrage:	Im Auftrage:
gez. Förster.	gez. v. Bitter.

Der Runderlass der Minister des Innern und der geistlichen etc Angelegenheiten vom 6. Decbr. 1879 bestimmte, dass seitens der Unternehmer von Privat-Irrenanstalten „alle bisher den Gerichten zu erstatten gewesenen Anzeigen über die Aufnahme geisteskranker Personen in ihre Anstalt hinfort nicht mehr dem Gerichte, sondern dem zuständigen Staatsanwalte zu machen sind.“ Der Runderlass der beiden gleichen Ministerien vom 24. Septbr. 1880 legte diese Verpflichtung auch den Provinzial-Irrenanstalten auf. Es ist in beiden Erlässen nur von der Verpflichtung zur Anzeige der Aufnahme die Rede; der Entlassung wird mit keinem Worte gedacht. Man kann nicht behaupten, dass sich dies von selbst versteht; wir dürfen in die Verfügungen nichts Neues, was nicht darin steht, hineinlegen.

Die bekannte Anweisung vom 20. Septbr. 1895 spricht indess ausdrücklich nur von Privat-Irrenanstalten; und nun soll nach obiger Verfügung die genannte Anweisung, hier insbesondere deren § 13, ohne Weiteres auch für den Betrieb in den Provinzialanstalten gelten. Ein einwandsfreier Beweis fehlt noch für diese Anschauung.

Dass die für Privat-Irrenanstalten giltigen Bestimmungen nicht schon sowieso auch auf die Provinzial-Irrenanstalten anzuwenden sind, geht, wenn diese Ansicht überhaupt eines Beweises bedürfte, aus dem Wortlaute des Runderlasses vom 24. September 1880 hervor. Dieser beginnt mit den Worten: „Es ist die Frage aufgeworfen worden, ob die unterm 6. December v. J. von uns erlassene Circularverfügung ... auch auf die Provinzial-Irrenanstalten auszudehnen sei“: damit giebt aber die Verfügung zum Mindesten zu, dass über die genannte Frage discutirt werden



könne, und betrachtet deren Beantwortung in bejahendem Sinne durchaus nicht als selbstverständlich.

Ob übrigens alle vorgesetzten Behörden und die Vorstände der Provinzial-Irrenanstalten die Anweisung vom 20. September 1895 als für sich bindend anerkennen, darf füglich bezweifelt werden.

Welche öffentliche Anstalt verlangt als Aufnahmezeugniss ein von einem Physikus ausgestelltes Attest (§ 2)? Welche öffentliche Anstalt wird gemäss § 11 einen Kranken nur bis zu 14 Tagen beurlauben? Die Anstalten, die ihre Kranken versuchsweise entlassen, geben ihnen einen längeren Urlaub; denn ohne einen solchen ist die ganze Einrichtung der Beurlaubung hinfällig!

Man geht wohl nicht fehl in der Annahme, dass, wenn nicht alle, so doch die Mehrzahl der an öffentlichen Anstalten angestellten Aerzte energisch dagegen Einspruch erheben werden, dass der Circularerlass vom 20. September 1895 auch für die öffentlichen Anstalten zur Anwendung kommen soll.

Darauf sei nur nebenbei hingewiesen, dass nach Springfeld (Die Rechte und Pflichten der Unternehmer von Privat-Kranken-, Privat-Entbindungs- und Privat-Irrenanstalten. Berlin 1898. S. 86) sich der Unternehmer von Privat-Irrenanstalten nicht strafbar macht, der den dort gegebenen Vorschriften nicht nachkommt, soweit sie den Betrieb regeln; das würde dann selbstverständlich nothwendigenfalls auch für die Leiter der öffentlichen Anstalten zutreffen.

Bei der Besprechung dieser Frage ist davon Abstand genommen, ob die Anzeigepflicht bei Entlassungen den Directionen der Provinzial-Irrenanstalten nicht durch die Reglements ihrer vorgesetzten Behörden zur Pflicht gemacht ist.

Dass aber, wenn einmal die Anzeigepflicht bezüglich der Entlassungen an den Staatsanwalt besteht, diese Anzeige sicherlich dann zu erfolgen hat, wenn der Entlassene verbrecherischer Handlungen beschuldigt war, leuchtet ein, und ebenso, dass die Anzeige noch mehr geboten ist, wenn ein derartiger Kranker aus der Anstalt entwichen ist, oder, um einen euphemistischen Ausdruck zu gebrauchen, sich selbst entlassen hat.

Besonders zu beachten ist auch, dass in der neuen Verfügung wieder der Ausdruck „gemeingefährlich" erscheint, ein Begriff, dessen annehmbare und zutreffende Definition von zuständiger Seite immer noch aussteht.

Schwierigkeiten bereiten wird ferner der Passus bez. der gesetzlichen Verpflichtung der Provinzen für die Aufnahme solcher Irren in einer Anstalt, welche die zur Verwahrung gemeingefährlicher Geisteskranken nöthigen Einrichtungen bietet und mit dem zur Bewachung solcher Kranken erforderlichen Wärterpersonal versehen ist. Diese Forderungen werden sich nur sehr schwer erfüllen lassen.

Nicht alle Provinzen und noch weniger die Grossstädte mit eigener Irrenfürsorge verfügen über eine diesen bestimmten Zwecken dienende Bewahranstalt, sei sie nun selbständig, oder stelle sie ein Appendix an eine gewöhnliche Provinzial-Irrenanstalt dar.

In der Mehrzahl der Fälle werden daher die verbrecherischen Geisteskranken gleich den andern Geisteskranken den Provinzial-Irrenanstalten überwiesen und in ihnen verpflegt. Dass jene Elemente gerade fördernd auf eine weitere Ausbildung und Entwicklung der heutigen freien Behandlung wirken, kann man nicht gerade behaupten. Sie mit Feldarbeit etwa zu beschäftigen ist sicherlich nicht ganz ohne Bedenken, und keine noch so gute, durch Menschen ausgeübte Aufsicht kann mit voller Sicherheit die Verhütung einer Entweichung garantiren.

So wenig angängig und rathsam es erscheint, die verbrecherischen Geisteskranken sammt und sonders principiell anders zu behandeln wie die übrigen in der gleichen Anstalt untergebrachten Kranken, so darf man auch die letzteren nicht unter einer einseitigen Rücksichtnahme auf die verbrecherischen Kranken leiden lassen.

Mit der heutzutage üblichen freien Behandlung ist nun einmal die Durchführung solcher Maassregeln schlecht vereinbar, welche eine sichere Ueberwachung verbrecherischer Individuen gewährleisten können. So oft auch schon auf diesen Punkt hingewiesen ist, er scheint noch nicht oft genug betont zu sein. Die Anstalt ist freilich in einer beneidenswerth glücklichen Lage, manchem Aerger, vielen Sorgen enthoben, in der Ausdehnung der freien Behandlung an keine Schranken gebunden, die die verbrecherischen Geisteskranken nicht aufzunehmen braucht, wie es für einige wenige Anstalten zutrifft (z. B. Alt-Scherbitz).

Wenn nach der vorstehenden Verfügung die Provinzen verpflichtet sind, die für die Verwahrung verbrecherischer Kranken erforderlichen Einrichtungen zu beschaffen, so ist das mehr oder weniger eine Geldfrage. Anders steht es um die weitere Forderung, die auf das Pflegerpersonal Bezug nimmt; sie ist um so schwerer zu erfüllen, als hierbei nicht nur die Quantität, als vielmehr die Qualität des Personals in Betracht kommt, und die Zahl der Irren-

ärzte ist gross genug, die die Pflegercalamität aus eigner Anschauung kennen und wissen, wie sehr es oft an Angebot gebricht!

Um des Vertrauens willen, welches sich die Anstalten heutzutage beim Publikum zu erwerben fortgesetzt bemüht sind — es steckt Niemand gern seinen Angehörigen zu Verbrechern und Freudenmädchen —, ist nur zu wünschen, dass obige Verfügung in dieser Beziehung die Herbeiführung einer entsprechenden Aenderung des Anstaltswesens möglichst beschleunigt!

Dem Irrenarzt gönnt man heute herzlich wenig; nun geht man noch dazu über, dass man ihm zumuthet, für die sichere Bewahrung verbrecherischer Geisteskranker Gewähr zu leisten. Gar viele Anstaltsdirectoren werden bei den gegebenen Verhältnissen eine solche Garantie kurz und bündig von der Hand weisen müssen und es hoffentlich auch thun.



Mittheilungen.

— Die am 25. d. M. in Berlin zusammentretende **Wissenschaftliche Deputation für das Medicinalwesen** (durch Vertreter der Aerztekammern erweitert) wird — neben der Frage der Gründung von Heimstätten für Genesende — über die Aufgabe des ärztlichen Sachverständigen nach dem bürgerlichen Gesetzbuch in den Fällen der Entmündigung (§ 6, 1) und der Feststellung der Geschäftsunfähigkeit (§ 104, 2) berathen, speciell darüber, ob der Sachverständige nur über die Geistesstörung an sich oder auch über die Fähigkeit des zu Entmündigenden etc., seine Angelegenheiten zu besorgen, sich zu äussern hat.

— **Die Annales médico-psychologiques,** das Organ der Société médico-psychologique in Paris, führen bekanntlich seit einiger Zeit eine Liste mit dem Titel: Les aliénés en liberté, in welcher aus den Tageszeitungen alle Fälle von Verbrechen, durch ausserhalb der Anstalten befindliche Geisteskranke begangen, aber auch sonstige durch letztere verübte, die öffentliche Ordnung oder das eigene Wohl schädigenden Handlungen registrirt werden. Dies geschieht übrigens nicht, ohne dass die Sache einen Hintergrund hätte, auf dem sich Meinungsverschiedenheiten von französischen Irrenärzten abspielten: man will gewissen Psychiatern, welche die freie Behandlung der Irren zu sehr forciren, immer wieder ans Herz legen, dass dieselbe doch auch ihre Grenzen hat. Es ist Marandon de Montyel, der sich in seinem Aufsatz: Klinische Merkmale der ungefährlichen und der gemeingefährlichen Geisteskranken, Gazette des Hopitaux, 1898, Seite 992, darüber beklagen zu müssen glaubt, dass man in Frankreich in diesem Punkte der Irrenpflege zurückgeblieben sei, und sich von jener Listenführung getroffen fühlt. Nebenbei bleibe nicht unerwähnt, dass Marandon de Montyel die genaue Kenntniss der Criminalanthropologie für das Mittel erachtet, jene Anseinanderhaltung zum Nutzen einer freieren Behandlung der Ungefährlichen durchführen zu können.

Wenn wir nun auch glauben, dass solche durch Geistesstörung verursachten Unglücksfälle etc. selbst bei der besten öffentlichen Irrenpflege und einer vollen Aufklärung des Publicums über krankhafte Geisteszustände sich stets im Lande ereignen werden, und dass einfache Zeitungsnotizen gewöhnlich den einzelnen Fall ins rechte Licht zu setzen nicht geeignet sind, so liegt dennoch in jener Einrichtung der Annales médico-psychologiques etwas Nachahmenswerthes: wenn nämlich die Absicht Anklang fände, über solche Einzelfälle eine sachverständige oder wenigstens eingehende Mittheilung zu veröffentlichen, würde sich daraus mit der Zeit für die Beurtheilung der ausserhalb der Anstalten gehandhabten Psychiatrie, sowie für die Frage, ob die bei der Aufnahme von Geisteskranken in die Anstalten obwaltenden Bestimmungen und die dabei herrschende Schleunigkeit dem Bedürfnisse entsprechen, ein recht werthvolles Material ansammeln. Jetzt wenigstens gerathen solche Fälle in Vergessenheit und Anträge mit gar keinem oder nur einem oder zwei Belägen machen wenig Eindruck.

In diesem Sinne bitten wir alle Herren Collegen um kurze Mittheilung einschlägiger Fälle; ein grosser Theil der letzteren findet sich ja in den Jahresberichten der Anstalten, doch erfährt man dabei von dem, worauf es uns ankommt, meist nicht viel. Persönliche Nachfragen bei den Angehörigen oder Aerzten dürften eher einen unserem Zweck entsprechenden Erfolg haben.

Mit folgendem Falle möchte ich die Liste:

„Die Psychiatrie ausserhalb der Anstalt“

beginnen:*)

1. Durch die Presse ging kürzlich die Nachricht, in einem Städtchen Westpreussens habe ein offenbar geistesgestörtes Mädchen zwei jüngere Geschwister in den Brunnen gestossen, die in diesem ihren Tod fanden, während man von einem dritten dieselbe Gefahr noch rechtzeitig abwenden konnte. Hierüber geht uns folgende authentische, wenn auch nicht ärztliche, Nachricht zu. Die Thäterin, 23 Jahre alt, war noch nie in einer Anstalt, auch ihre Aufnahme

*) Nicht minder wichtig ist natürlich auch die Sammlung solcher Vorkommnisse, wo Geisteskranke tage- oder sogar wochenlang in Krankenhauszellen oder Gefangenenzellen (Polizeigefängnissen) eingesperrt gehalten werden; diese werden wir ebenfalls jederzeit aufnehmen, desgleichen den psychiatrischen Gutachten zuwiderlaufende Urtheilssprüche; eine letztere betreffende Liste führt z. B. auch das Journal of Mental Science.



nicht in Aussicht genommen. Sie litt seit $1/2$ Jahre an heftigen Kopfschmerzen und hat dagegen alle möglichen Tropfen und Pulver genommen, doch ohne Erfolg. 14 Tage vor der That (sie hatte in den letzten 14 Tagen auch in Folge einer Verleumdung grossen Aerger gehabt), wurden die Schmerzen so arg, dass sie Nachts nicht schlafen konnte und am Tage lachte und weinte sie zu gleicher Zeit. Vom 23. zum 24. September stand sie Nachts um 1 Uhr auf und scheuerte die Küchenbank, was sie sonst nie that; die Tage darauf zeigte sie sich wieder störrisch und arbeitsscheu. Sonntags packte sie ihre Sachen, damit sie Montags verreisen könnte. Montag Vormittags ging sie noch ihrer Kopfschmerzen wegen zum Arzt und Nachmittags richtete sie das Unheil an. Sie kam sogar noch unter Lachen nach dem dritten Kinde, doch da dieses sich beim Vater befand, lief sie wieder hinaus. Von der frühesten Jugend an war sie schon nervös; nach der kleinsten Aufregung bekam sie lang anhaltendes Herzklopfen. Sie hatte ihre Geschwister immer lieb gehabt; noch ehe das Unglück geschah, kaufte sie ihnen Bonbons. Sie war immer gutmüthig. Red.

— **Wuhlgarten.** Die hiesige berlinische Anstalt für Epileptische wird voraussichtlich bald um eine geschlossene und feste Abtheilung für 100 männliche und eine ebensolche für 60 weibliche Kranke erweitert werden.

— Ueber die **Fürsorge für arme Irrenanstalts-Reconvalescenten** des Seine-Departements entnehmen wir dem in den Annal. méd.-psychol. auszugsweise wiedergegebenen Jahresberichte J. Falrets pro 1898 Folgendes:

1. In der Anstaltswerkstatt („asile-ouvroir“) der Anstalt zu Grenelle befanden sich am 1. Jan. 1898 38 Reconvalescenten; im Laufe des Jahres 1898 kamen dazu 71. In Paris wurden davon untergebracht 70; nach der Anstalt Sainte-Anne zurückversetzt 4; es verblieben somit am 31. Decbr. 1898 35 Reconvalescenten.

2. An pecuniären Unterstützungen, die mit Ertheilung von Auskünften und ärztlichen Rathschlägen verbunden waren, wurden 4673 Fr. an 540 anderweitige Reconvalescenten ausgezahlt.

Die Einnahmen beliefen sich auf 30984 Fr. (Zinsen des Kapitals, Arbeitsverdienst in der Anstaltswerkstatt etc. 7703 Fr., private Spenden 22381 Fr., Unterstützung des Ministeriums 900 Fr.); die Ausgaben betrugen 30500 Fr. (Verwaltungs- und Unterhaltungskosten 7083 Fr., ausgezahlte Unterstützungen 23417 Fr.).

— **Fischwurst.** Es dürfte von allgemeinem Interesse sein, auf einen seit einiger Zeit Verwendung findenden Massenverpflegungsartikel, welcher vorzugsweise für die Irrenanstaltsverpflegung eine hohe Bedeutung besitzt und als solcher grösste Beachtung verdient, an dieser Stelle besonders hinzuweisen.

Diese Neuheit ist eine aus reinem, frischem Seefischfleisch hergestellte Wurst, genannt „Fischwurst“. Das Herstellungsverfahren steht unter Reichspatentschutz und sind alleinige Fabrikanten K. Schönau & Co., Fischverwerthungsgesellschaft in Altona a. E.

Die Fischwurst ist den sogenannten Frankfurter Würsten sehr ähnlich, von appetitlichem Aussehen, von vorzüglichem Geschmack und insbesondere von hohem Nährwerth.

Letzteres geht schon klar daraus hervor, dass der an und für sich überaus nährwerthige Fisch in dem neuen Fabrikat sozusagen extractiv enthalten ist; es sind die unverdaulichen Bestandtheile, wie Köpfe, Kiemen, Gräten, Flossen, Schwänze, Häute u. s. w. ausgeschieden, sowie auch durch einen eigenartigen Räucherungsprocess die im Fischfleische enthaltenen Wassertheile auf ein Minimum herabgesetzt.

Hierdurch wird ein absolut reines Nahrungsmittel, frei von Beimengung jeglicher Surrogate, gewonnen, welches durch den schneeweissen Fischfleischinhalt gekennzeichnet ist.

Die hohe Bedeutung der Fischwurst für die Krankenverpflegung liegt auch darin, dass den Kranken in dieser Form die so vorzügliche, äusserst nährwerthige Fischkost ohne Umständlichkeit (durch ein 10 Minuten währendes Abkochen wird die Fischwurst genussbereit) und ohne jegliche Gefahr der Verletzung mit Gräten verabreicht werden kann. Auf jeden Fall bietet aber die Fischwurst eine willkommene und angenehme Abwechslung bei der ohnehin ziemlichen Eintönigkeit des Anstaltsspeisezettels und ist auch noch überdies ein neues Fastengericht.

Wie wir noch nachträglich vernehmen, hat die Fischwurst besonders als Massenverpflegungsartikel eine so günstige Aufnahme gefunden, dass die Fabrikanten sich genöthigt sahen, ihren Fabrikbetrieb bedeutend zu vergrössern und damit eine Anlage zu schaffen, die in Bezug auf Hygiene und zeitgemässe Betriebseinrichtung als eine Musteranstalt anzusehen ist.

Die Fabrikanten stellen Gratis-Kostproben gern zur Verfügung.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

— Rybnik. Dr. Meitzen, früher in Langenhagen, ist als vierter Arzt hier angestellt.

— Rittergut Alt-Scherbitz. Oberarzt Dr. Herting ist am 1. October nach Galkhausen als Director der neuen rheinischen Provinzial-Irrenanstalt übergesiedelt; die Anstalt wird aber erst im März k. J. die ersten Kranken aufnehmen können. Die hiesige Oberarztstelle wurde dem bisherigen hiesigen Assistenzarzte Dr. von Buchka (früher in Marburg und Herzberge) übertragen. Der hiesige Volontairarzt Dr. Engelken ist Assistenzarzt geworden.

— Unserem hochverehrten Mitherausgeber, Herrn Prof. Dr. Mendel, ist der Persische Sonnen- und Löwenorden II. Klasse (mit Stern) verliehen worden.

— Dr. J. Martin, Professor der Psychiatrie an der Universität Genf und Director der Irrenanstalt zu Vernets, hat sein Amt niedergelegt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,** Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 31. 28. October **1899.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Die Neubauten der Pflegeanstalt Rheinau (Zürich).

(Mit 3 Grundrissskizzen.)

Der Canton Zürich hat zur Zeit etwas über 400 000 Einwohner. Darunter waren 1888 gut 1 % Geisteskranke (incl. die Imbecillen). Diese hohe Zahl rührt hauptsächlich von der nur noch im Canton Appenzell-Ausserrhoden erreichten Sorgfalt und Genauigkeit der Irrenzählung her, dann aber auch davon, dass der Staat hier seit bald 70 Jahren sich auch der unheilbaren und ungefährlichen Geisteskranken annimmt.

So genügen die 1100 Plätze, welche seit 30 Jahren zur Behandlung Geisteskranker in den Staatsanstalten zur Verfügung stehen, lange nicht. Man war seit Decennien gezwungen, die Ruhigen und weniger Gefährlichen so weit als möglich zu entlassen, und so überfüllten sich alle Abtheilungen mit einem Rest von Unruhigen und Gewaltthätigen; eine rationelle Behandlung wurde unmöglich; die Kranken regten einander auf, suggerirten sich schlechte Gewohnheiten, kurz die Zustände wurden einfach unhaltbar. Dazu kommt noch, dass in unseren Irrenanstalten auch die Deliranten, die aufgeregten und verblödeten Epileptiker und die geisteskranken Verbrecher untergebracht werden müssen. Von den letzteren haben wir eine verhältnissmässig grosse Anzahl, weil Gerichts- sowie Gefängnissbehörden bei uns die Frage der Zurechnungs- und Straffähigkeit entschieden früher und häufiger stellen als anderswo. Auch die Idioten und Imbecillen werden kaum irgendwo so rasch hospitalisirt wie bei uns. So haben wir zur Zeit noch gut 400 unruhige unheilbare Geisteskranke besser als bisher unterzubringen; viele darunter sind einer Therapie schwer zugängliche Epileptiker und Verbrechernaturen, andere durch die Zusammensperrung verschlimmerte Kunstproducte.

Unter diesen Umständen konnten wir uns nicht entschliessen, blosse Ueberwachungs- und Bettbehandlungsstationen einzurichten. Auch wenn die Bettbehandlung noch mehr leistete, als ihr jetzt nachgerühmt wird, wäre es nicht möglich, innerhalb weniger Jahre mit all' den antisocialen Elementen fertig zu werden. Für die vielen gefährlichen, complottirenden und absichtlich Andere störenden Elemente musste man ausbruchsichere Einzelzimmer haben. Dann hatten wir noch einige Bedenken gegen blosse Bettbehandlung: ohne Narkotika kann diese nicht so allgemein werden, wie man wünschen müsste, es sei denn, man wolle in den Wachsälen die Kranken einander stören lassen. Letzteres scheint mir zu grausam, und die Grenzen der Unschädlichkeit der Narkotika sind noch nicht bekannt und wohl nicht



weit genug. Dazu kommt, dass die Ueberwachung von mehreren hundert Kranken in grossen Sälen, in denen es oft unruhig, immer ungemüthlich ist, einen theuren Betrieb bedingt.

Am Tage sollen unsere Patienten so weit als möglich beschäftigt werden, das halte ich für viel wichtiger als die Bettbehandlung; Nachts sollen sie so wie das Wartpersonal möglichst Ruhe haben. Ich kann es nicht über mich bringen, ohne dringende Noth den Kranken, welche störend sind, also auch unter störenden Elementen leben müssen, die **Wohlthat des Einzelzimmers** zu entziehen. Ich brauche absichtlich diesen Ausdruck, weil man aus der modernen Literatur leicht den Begriff bekommt, die Geisteskranken hätten nur Bedürfniss nach Geselligkeit, während sie doch viel mehr und häufiger als Gesunde das Bedürfniss nach Alleinsein, nach Isolirung haben. In einer 18jährigen Irrenpraxis, zum grössten Theil in einer Anstalt mit 700 Kranken, habe ich nie einen Nachtheil von einer vernünftigen, individualisirenden Isolirung gesehen, die sowohl im Interesse des Patienten selbst wie (vorübergehend) in dem seiner Umgebung ausgeübt wurde.

Alles Obige bezieht sich natürlich nur auf die Pflegeanstalt resp. die unheilbaren Kranken. Bei acuten Fällen ist auch meiner Ansicht nach die Bett- resp. Wachsaalbehandlung diejenige, welche am häufigsten angewendet werden soll.



Die Aufgabe war also, zunächst einmal mit möglichst geringen Mitteln, aber doch in zweckentsprechender Weise 200 der allerschlimmsten Elemente unterzubringen.

So machten wir je für Männer und Frauen einen Zellenbau, so gross als es möglich war: in einer Abtheilung sollen nie mehr als 20 Kranke zusammengebracht werden. Mehr als drei Abtheilungen kann man wegen der Höfe nicht in bequemer Weise zusammenstellen. Dazu kommt noch ein Wachsaal, der nicht mehr als 6 bis 7 Kranke aufnehmen soll. So wird ein Pavillon ungefähr 56 Plätze enthalten, wovon die Hälfte „Zellen". Ganz auseinander genommen haben wir die Abtheilungen deshalb nicht, weil so, wie es jetzt ist, einzelne Räume gemeinsam benutzt werden können und das Wartpersonal sich unter Umständen leichter aushelfen und ergänzen kann. Dass die Gebäude für die störendsten Kranken eingeschossig sind, ist selbstverständlich, nur über den nachts unbewohnten Räumlichkeiten wurden Schlafzimmer angebracht. Diese haben nicht den Charakter von festen Zellen und nehmen zum Theil mehrere Patienten auf, im Ganzen 25 in einem Pavillon.

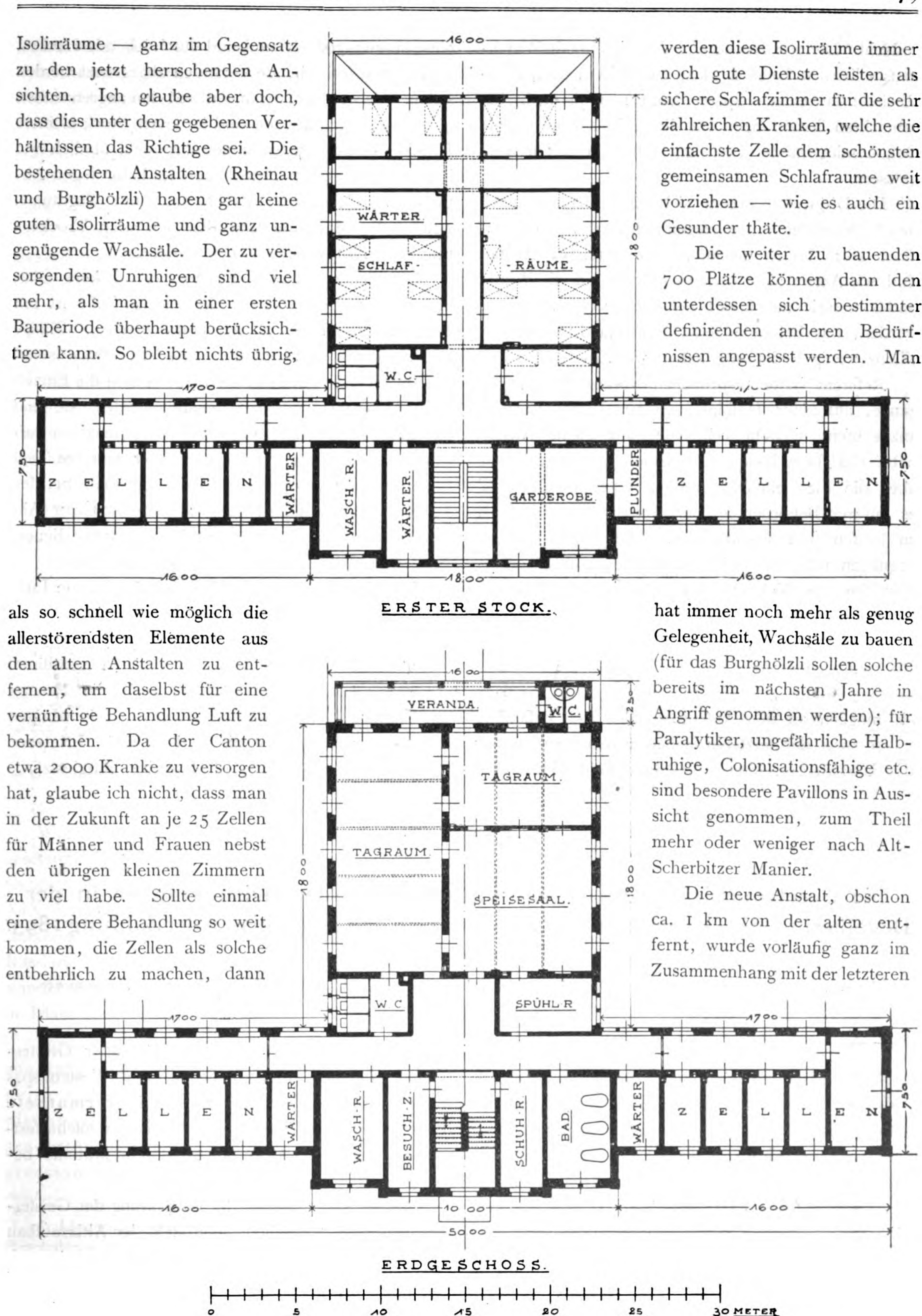
Die Pavillons für Halbruhige sind in erster Linie berechnet für Gefährliche, welche nicht lärmen, und dann für zeitweise Unruhige. Die meisten dieser Kranken werden am Tage arbeiten. Bettbehandlung kam deshalb hier gar nicht in Betracht. Es mussten möglichst viel Einzelzimmer eingerichtet werden.

Die neuen Plätze sind also zum grossen Theil

Isolirräume — ganz im Gegensatz zu den jetzt herrschenden Ansichten. Ich glaube aber doch, dass dies unter den gegebenen Verhältnissen das Richtige sei. Die bestehenden Anstalten (Rheinau und Burghölzli) haben gar keine guten Isolirräume und ganz ungenügende Wachsäle. Der zu versorgenden Unruhigen sind viel mehr, als man in einer ersten Bauperiode überhaupt berücksichtigen kann. So bleibt nichts übrig, als so schnell wie möglich die allerstörendsten Elemente aus den alten Anstalten zu entfernen, um daselbst für eine vernünftige Behandlung Luft zu bekommen. Da der Canton etwa 2000 Kranke zu versorgen hat, glaube ich nicht, dass man in der Zukunft an je 25 Zellen für Männer und Frauen nebst den übrigen kleinen Zimmern zu viel habe. Sollte einmal eine andere Behandlung so weit kommen, die Zellen als solche entbehrlich zu machen, dann werden diese Isolirräume immer noch gute Dienste leisten als sichere Schlafzimmer für die sehr zahlreichen Kranken, welche die einfachste Zelle dem schönsten gemeinsamen Schlafraume weit vorziehen — wie es auch ein Gesunder thäte.

Die weiter zu bauenden 700 Plätze können dann den unterdessen sich bestimmter definirenden anderen Bedürfnissen angepasst werden. Man hat immer noch mehr als genug Gelegenheit, Wachsäle zu bauen (für das Burghölzli sollen solche bereits im nächsten Jahre in Angriff genommen werden); für Paralytiker, ungefährliche Halbruhige, Colonisationsfähige etc. sind besondere Pavillons in Aussicht genommen, zum Theil mehr oder weniger nach Alt-Scherbitzer Manier.

Die neue Anstalt, obschon ca. 1 km von der alten entfernt, wurde vorläufig ganz im Zusammenhang mit der letzteren



gedacht. Die alte Küche und das bestehende Waschhaus sollen, so lange sie dazu ausreichen, auch Neu-Rheinau bedienen. Später kann man je nach den gemachten Erfahrungen für die neue Anstalt eigene Oekonomiegebäude bestellen oder die alten vergrössern.

Die Dislocation musste sich einigermaassen nach den bestehenden Strassenzügen richten (für den Luxus einer 18 m breiten neuen Strasse durch die Anstalt sind wir Aerzte nicht verantwortlich); auf die Wind- und Sonnenrichtung konnte keine Rücksicht genommen werden, was bei dem gedachten Grundriss der Pavillons wenig Bedeutung haben wird.

Referent hatte ursprünglich vorgeschlagen, das ganze, auf einer Halbinsel gelegene Dorf Rheinau anzukaufen, in dem sich eine ganz ideale Anstalt hätte einrichten lassen. Zu seinem Bedauern wurde aber die Idee einfach ignorirt, wohl deshalb, weil es unseren Behörden zu paradox erschien, ein Dorf zu kaufen und auszuräumen. Man wird sich nun begnügen müssen, nach und nach einige Häuser anzukaufen, um Wohnungen für Angestellte und auch für Familienpflege zu bekommen.

In der Disposition der Zimmer wurde darauf Rücksicht genommen, dass die am Tage viel benutzten Räume, wie Abtritte, Spülküche etc. so nahe als möglich an den Aufenthaltssälen sich befanden.

Je zwei der letzteren haben in den Bauten für die Unruhigen directe Ausgänge in die Höfe, die ohne Mauern gedacht sind und durch lebende Hecken, sowie durch freistehende Veranden abgegrenzt werden sollen. Ueber den Tagräumen und den angrenzenden nicht bewohnten Theilen sind im ersten Stock kleinere Kranken- und Wärterzimmer disponirt, ähnlich wie im ersten Stock des Mittelbaues der halbruhigen Abtheilung. Ueber den Zellen sind nur Tagräume, welche die Magazine und den heizbaren Trockenraum für Nothwäsche u. dgl. enthalten.

Die Zellen erhalten Fenster aus dickem Glas, einige dazu noch Gitter. Eine einzige Zelle ist mit Beobachtungsfenster in der Thür versehen. Einige werden durch Doppelthüren acustisch etwas isolirt.

Im Pavillon für Halbruhige sollten die Einzelschlafräume nicht „Zellen“ benannt werden; sie sind als unauffällige Einzelzimmer mit einigermaassen ausbruchsicheren Fenstern gedacht. Der grössere Tagraum dient als gewöhnlicher Aufenthaltssaal, bei den Frauen als Arbeitssaal. Der kleinere soll zur Absonderung störender oder gefährlicher Kranker dienen. Nur dieser hat Fenster mit dickem Hartglas.

Die Heizung geschieht überall durch warme Luft; die Heizkörper befinden sich in den Souterrains; sie werden durch Dampf von niedrigem Druck erwärmt. Die Heizung soll also zugleich ventiliren, obschon, wenn immer möglich, auch die Fenster zur Lüftung benutzt werden sollen. — Die übrigen Details haben wohl weniger allgemeines Interesse.

Bleuler-Burghölzli.



Die Gesetzmässigkeit des Anhäufungsprocesses der Geisteskranken in der Bevölkerung des Gouvernements Moskau nach den Ergebnissen der Zählung 1893.

(Aus dem Russischen übersetzt.)

Vortrag, gehalten in der Moskauer neurologisch-psychiatrischen Gesellschaft am 19. Februar 1899 von *W. Jakowenko.*

(Fortsetzung.)

Es ist schwer zuzugeben, dass die in diesem Falle sich offenbarende Gesetzmässigkeit nur durch zufällige Zahlencombination verursacht wäre; deshalb meine ich, dass die Gruppirung der Geisteskranken nach einer abnehmenden geometrischen Progression höchstwahrscheinlich den Ausdruck des Gruppirungsgesetzes von Geisteskranken nach Krankheitsdauer, oder — was dasselbe ist — des Anhäufungsgesetzes von Geisteskranken vorstellt.

Leider konnte ich kein entsprechendes Material in den statistischen Untersuchungen über Geisteskranke anderer Gouvernements oder Westeuropas finden. Deshalb darf die von mir vermuthete Gesetzmässigkeit nicht entschieden als solche festgestellt werden, bis sie an grösserem Material bestätigt wird.

Einige Analogie mit der Gruppirung der Geisteskranken nach Krankheitsdauer stellt der Altersaufbau der gesunden Bevölkerung vor; deshalb habe ich versucht, diese beiden Erscheinungen miteinander zu vergleichen. Zu diesem Zwecke benutzte ich die



Daten über den Altersaufbau der Bevölkerung in verschiedenen Ländern, nach Decennien gruppirt (siehe nebenstehende Tabelle).

Wenn man das Procentverhältniss der Altersgruppen (nach Decennien) in verschiedenen Ländern vergleicht, so kommt man unwillkürlich auf den Gedanken, dass sich hier eine Tendenz offenbart, sich nach folgender abnehmenden geometrischen Progression mit dem Nenner 0,8 zu gruppiren:

$$25 : 20 : 16 : 12{,}8 : 10{,}24 : 8{,}192 : 6{,}5536.$$

(Für die Altersgruppe über 70 Jahre wird die Progression grob gestört.)

Mit anderen Worten, auf das Alter unter 10 Jahren kommt $^1/_4$ der gesammten Bevölkerung (S); die übrigen Gruppen ordnen sich (nach Decennien) in abnehmender Reihenfolge:

$$S = \frac{S}{4} + \frac{S}{4} \cdot \frac{4}{5} + \frac{S}{4}\left(\frac{4}{5}\right)^2 + \frac{S}{4}\left(\frac{4}{5}\right)^3 + \frac{S}{4}\left(\frac{4}{5}\right)^4 + \frac{S}{4}\left(\frac{4}{5}\right)^5 + \frac{S}{4}\left(\frac{4}{5}\right)^6 + X.$$

[Daraus $S = \dfrac{\frac{S}{4} - \frac{S}{4}\left(\frac{4}{5}\right)^7}{1 - \frac{4}{5}} + X = \dfrac{S}{4}\left\{\dfrac{1 - \left(\frac{4}{5}\right)^7}{1 - \frac{4}{5}}\right\} + X$

$= \dfrac{5S}{4}\left(1 - \left(\frac{4}{5}\right)^7\right) + X = \dfrac{5}{4} \cdot S \cdot (0{,}7902848) + X$

$= 0{,}987856 \cdot S + X$; also X (die Altersgruppe über 70 Jahre) $= 0{,}012144 \cdot S$.]

Wir finden grosse Schwankungen in der vorausgesetzten Progression in Ländern mit verminderter Geburtsziffer vor (z. B. in Frankreich, besonders im XIX. Jahrhundert), oder bei hoher Geburtsziffer mit starker Kindersterblichkeit (z. B. in Bulgarien und Russland), oder endlich mit bedeutenden Bevölkerungswanderungen (Aus- und Einwanderung), wie z. B. in Irland oder Britisch Indien.*)

Dort, wo diese Bedingungen fehlen oder schwächer ausgeprägt sind (Deutschland, Finnland, Niederlande), neigt sich die Bevölkerung zu einer Gruppirung, die beinahe mit der von mir vorausgesetzten abnehmenden geometrischen Progression zusammentrifft.

*) Längere Anspannungen der Gesellschaftskräfte, Kriege, Revolutionen (z. B. in Frankreich oder Bulgarien) können natürlich auch nicht ohne Einfluss auf den Altersaufbau der Bevölkerung bleiben. Es bedarf eines längeren regelmässigen Gesellschaftslebens, um solche Störungen auszugleichen.

Procentverhältniss*) der Altersgruppen in verschiedenen Ländern.

Alter	Frankreich					Oesterreich	Ungarn	Schweiz	Niederlande	Belgien	Dänemark	Brit. Indien	Finnland	Schweden	England und Wales	Schottland	Irland	Bulgarien	Japan	Russland	Bezirk Moskau	Deutschland					Vorausgesetzte Progression mit dem Nenner 0,8
	1791	1851	1872	1876	1891	1890	1890	1888	1889	1890	1890	1891	1890	1890	1891	1891	1891	1888	1891	1862	1869–73	1871	1875	1880	1885	1890	
Unter 10 Jahren	25,4	18,5	18,4	18,43	17,5	23,9	26,2	21,7	24,5	22,4	24,3	28,8	25,3	23,1	23,9	24,3	20,8	31,5	22,8	27,18	25,26	24,10	24,61	25,29	24,89	24,20	25,00
11—20 „	19,3	17,6	17,1	17,27	17,5	19,7	19,1	19,8	20,2	20,2	19,4	18,7	20,1	19,2	21,3	21,6	23,4	19,2	20,4	20,95	19,17	19,50	19,73	19,66	20,07	20,27	20,00
21—30 „	14,9	16,3	16,0	15,84	16,3	16,2	15,6	16,1	15,6	16,5	14,9	17,4	15,0	14,6	17,2	16,8	16,2	11,6	15,3	16,95	15,75	16,45	15,92	15,88	16,02	16,19	16,00
31—40 „	13,5	14,7	13,9	13,90	13,8	13,1	13,7	12,5	12,1	12,6	12,9	14,2	13,1	12,4	13,1	12,6	10,8	12,2	13,5	12,90	13,55	13,31	13,37	12,99	12,65	12,76	12,80
41—50 „	12,3	12,5	12,5	12,44	12,3	10,9	10,8	11,4	10,1	10,3	10,1	9,8	10,8	10,4	9,9	9,6	9,8	10,8	11,5	9,07	11,91	10,64	10,29	10,36	10,55	10,38	10,24
51—60 „	7,6	10,2	10,5	10,30	10,1	8,3	7,8	9,1	8,3	8,3	8,1	5,9	7,7	8,9	7,1	7,2	8,5	6,5	7,8	7,02	7,89	8,35	8,42	7,97	7,70	7,83	8,192
61—70 „	4,9	6,5	7,2	7,34	7,6	5,2	4,6	6,4	5,9	6,0	6,2	5,2	5,4	7,1	4,7	4,8	6,0	4,5	5,7	4,37	4,63	5,20	5,14	5,32	5,46	5,20	6,5536
71 und älter	2,1	3,7	4,4	4,48	4,9	2,7	2,2	3,0	3,3	3,7	4,1		2,6	4,3	2,8	3,1	4,5	3,7	3,0	1,56	1,84	2,45	4,42	2,53	2,65	2,78	(1,2144)

*) Dr. G. O. Meyer, Statistik und Gesellschaftslehre, 1897, S. 80, 83, 84. — Prof. T. Erismann, Cursus der Hygiene, 1887, Bd. II, Beitrag S. 77 (russisch).

In der mir zugänglichen Literatur*) über die Bevölkerung habe ich nirgends die Gesetzmässigkeit, die schon längst für den Altersaufbau einzelner Länder festgestellt ist, auf solche Weise ausgedrückt vorgefunden; deshalb befürchte ich, dass diese meine Formulirung als zu kühn und wenig begründet erscheinen wird. Dennoch wage ich sie auszusprechen wegen ihrer Analogie mit dem Process der Anhäufung von Geisteskranken (im Moskauer Gouvernement) nach Krankheitsdauer. Diese Analogie befestigt in mir die Ueberzeugung, dass die oben angedeutete Gesetzmässigkeit in der Gruppirung der Geisteskranken keine zufällige Zahlencombination ist. Die Gruppirung der Geisteskranken nach Krankheitsdauer (im Moskauer Gouvernement) kann also durch folgende Formel ausgedrückt werden, wo S die Gesammtsumme der Kranken bedeutet, A die Anzahl der Kranken mit Krankheitsdauer unter 10 Jahren:

$$A + \frac{A}{2} + \frac{A}{4} + \frac{A}{8} + \frac{A}{16} + \frac{A}{32} = S.$$

Die Summe der Glieder einer abnehmenden geometrischen Progression wird, wie bekannt, durch die Formel

$$S = \frac{A - Uq}{1 - q}$$

berechnet, wo U das letzte Glied der Progression und q ihren Nenner bedeutet. Stellen wir statt der Buchstaben die Daten der Zählung 1893 (s. oben die Tabelle), so bekommen wir:

$$S = \frac{1010 - 18 \cdot {}^1/_2}{1 - {}^1/_2} = \frac{1010}{{}^1/_2} = 2020,$$

was ungefähr der wirklichen Summe (2026) entspricht. Es wird also auch auf diese Weise die Voraussetzung über die Gruppirung der Kranken nach abnehmender geometrischer Progression vollständig bestätigt.

Da die Gruppirung der Daten nach Decennien künstlich ist, so giebt es keinen Grund zu vermuthen, dass die Progression nur bei dieser Gruppirung stattfinden werde; zweifellos muss sie auch für einzelne Jahre gelten. Kennt man den Progressionsnenner für Decennien (0,5), so ist es leicht, den Nenner für einzelne Jahre theoretisch zu berechnen. Es bedeute nämlich a die Anzahl der Kranken, welche von 1893 übergeblieben, x den Nenner der jährigen Progression: $a + ax + ax^2 + ax^3 + ax^4 + ax^5 + ax^6 + ax^7 + ax^8 + ax^9 = A$ (A = die Anzahl der Kranken im ersten Decennium):

$$ax^{10} + ax^{11} + ax^{12} + ax^{13} + ax^{14} + ax^{15} + ax^{16} + ax^{17} + ax^{18} + ax^{19} = \frac{A}{2}.$$

Daraus $A = \dfrac{a - ax^{10}}{1 - x}$, $\dfrac{A}{2} = \dfrac{ax^{10} - ax^{20}}{1 - x}$,

oder $\dfrac{a - ax^{10}}{1 - x} = \dfrac{2(ax^{10} - ax^{20})}{1 - x}$,

oder $a(1 - x^{10}) = 2ax^{10}(1 - x^{10})$,

woraus $x = \sqrt[10]{\dfrac{1}{2}} = 0{,}93302.$

Mit Hilfe dieses Nenners können wir die Gesammtzahl der Kranken folgendermaassen ausdrücken:

$$a + a\sqrt[10]{0{,}5} + a\left(\sqrt[10]{0{,}5}\right)^2 + a\left(\sqrt[10]{0{,}5}\right)^3 + a\left(\sqrt[10]{0{,}5}\right)^4 + \ldots a\left(\sqrt[10]{0{,}5}\right)^{55} = S.$$

Da wir die Summe der Progressionsglieder für die ersten 10 Jahre $= \frac{S}{2}$ annehmen können, d. h. $\frac{2026}{2} = 1013$, so ist:

$$1013 = \frac{a - a\left(\sqrt[10]{0{,}5}\right)^{10}}{1 - \sqrt[10]{0{,}5}} = a\left(\frac{1 - 0{,}5}{1 - 0{,}93302}\right) = a\,\frac{0{,}5}{0{,}06698},$$

daraus $a = \dfrac{1013 \cdot 0{,}06698}{0{,}5} = 135{,}70148.$

Wenn wir diese Grösse abrunden, so bekommen wir $a = 136$. Die Anzahl der Kranken vertheilt sich also nach einzelnen Jahren auf folgende Weise (der Progressionsnenner $= \sqrt[10]{0{,}5} = 0{,}933$):

	Theoretisch	In Wirklichkeit (nach den Ergebnissen der Zählung)	Abweichungen	
1893	136	193	+ 57	Durchschnittliche Abweichung = 13,6, was zur Gesammtsumme (1013) 3,34 % ausmacht.
1892	127	127	0	
1891	118	128	+ 10	
1890	110	107	− 3	
1889	103	92	− 11	
1888	96	100	+ 4	
1887	89	79	− 10	
1886	83	72	− 11	
1885	78	74	− 4	
1884	73	47	− 26	
	1013	1019		

Aus dieser Tabelle ersehen wir, dass die theoretische Berechnung ziemlich genau mit den Angaben der Zählung für 8 Jahre zusammentrifft und

*) G. Mayer, Statistik und Gesellschaftslehre, 1897. — T. Erismann, Cursus der Hygiene, 1887, Bd. II (Beitrag „Sanitäre Statistik") (russisch). — J. Janson, Vergleichende Bevölkerungsstatistik, 1892 (russisch). — Georg Mayer, Gesetzmässigkeit im Gesellschaftsleben (russische Uebersetzung 1899). — Harald Westergaard, Die Grundzüge der Theorie der Statistik, 1890; Bevölkerung und Bevölkerungslehre, Aufsätze aus dem Handwörterbuch der Staatswissenschaften (russische Uebersetzung 1897).

nur für das 1. und 10. Jahr weit abweicht. Dieser Unterschied kann durch folgende Ursachen oder ihr Zusammenwirken erklärt werden: 1. viel zu kleine Anzahl der Beobachtungen, so dass die Fehler beim Beurtheilen und zufällige Ursachen, die die Erkrankungszahl vergrössern oder vermindern können, zu grossen Einfluss haben; 2. die Bestimmung der Krankheitsdauer nach einzelnen Jahren (nach den Angaben der Verwandten der Kranken) leidet an Ungenauigkeit, welche bei kleiner Anzahl der Daten nicht ausgeglichen werden kann; 3. bei der Bestimmung des Beginnes einer frischen Krankheit müssen besonders viel Fehler entstehen; die Gesellschaft bemerkt nur grobe Aeusserungen der Krankheit und hält die Erkrankung für frisch oft in solchen Fällen, wo die Krankheit in Wirklichkeit viel früher begonnen: daher die übergrosse Zahl der neu Erkrankten; 4. die verminderte Krankenzahl für das 10. Jahr ist wahrscheinlich durch ungenaue Registrirung verursacht worden, und ein Theil der in dieses Jahr gehörigen Kranken ist in das zweite Decennium gerathen, welches daher einen Ueberschuss gegenüber der theoretischen Berechnung giebt; 5. die Zahl der Kranken, welche durch die Zählung zu dem Jahre 1893 zugeschrieben ist, muss im Verhältniss zur Gesammtsumme der Registrirten (2161) genommen werden, wovon wir einen Theil (135) nicht mit in die Rechnung genommen hatten infolge ungenauer Bestimmung der Krankheitsdauer („unbekannt" oder „schon lange her"). Geht man von dieser Gesammtsumme (2161) aus, so ist das erste Glied der jährlichen Progression (theoretisch) nicht 135, sondern 145 und die Abweichung von den Ergebnissen der Zählung erscheint kleiner; 6. endlich kann es auch sein, dass für frisch Erkrankte die abnehmende geometrische Progression in der That gestört wird, weil sie am meisten Chance haben, durch Genesung abzunehmen, während für die anderen Jahre fast nur ein einziger Grund zur Abnahme der Geisteskranken bleibt, nämlich das Absterben, welches, wie es scheint, hauptsächlich die geometrische Progression bedingt. (Schluss folgt.)



Mittheilungen.

— In der Discussion über **„die Nothwendigkeit eines Organs zur Vertretung der Interessen der deutschen Irrenärzte und Irrenanstalten"** (in Nr. 29 dieser Wochenschrift) möchte ich als Anreger dieser Frage noch zu einigen Schlussbemerkungen das Wort nehmen.

Jedenfalls ist es erfreulich, aus der Discussion die übereinstimmende Anerkennung der Nothwendigkeit einer kräftigeren Vertretung der angedeuteten Interessen constatiren zu können. Nur was die Natur des zu diesem Zwecke erforderlichen Organs anbetrifft, so hat sich ein beinahe ebenso einstimmiger Widerspruch zu meinem Vorschlage der Gründung eines besonderen Vereins deutscher Irrenanstaltsdirectoren ergeben. Herr Alt vermisst den Beweis der Nothwendigkeit, ja der Zweckmässigkeit eines solchen Vereins. Ich finde denselben besonders in der Thatsache,*) dass der Verein deutscher Irrenärzte bisher solche praktischen Specialfragen so gut wie gar nicht in den Kreis seiner Verhandlungen gezogen hat. Andererseits soll ja die Aufgabe des gedachten Vereins nicht nur die Vertretung der Interessen der Irrenärzte, sondern aller Irrenanstaltsbeamten sowie die Besprechung verwaltungstechnischer und organisatorischer Fragen sein, welche doch vorzugsweise die Anstaltsleiter interessiren. Diese allein sind es auch, welche Forderungen bei den Behörden zu vertreten berufen und durchzusetzen im Stande sind.

Der Einwurf des Herrn Alt, dass Forderungen, wie die Bresler'sche der Kostentschädigung bei Beurlaubungen, einfach durch Einsetzung eines entsprechenden Postens im Etat erfüllt werden können,

*) Aus dieser Thatsache, die übrigens in dem angegebenen Umfange nicht zurecht besteht, lässt sich doch zunächst nur die — auch von anderer Seite schon gestellte — Forderung ableiten, der Verein der deutschen Irrenärzte möge künftighin der Besprechung praktischer Fragen mehr als bisher Rechnung tragen. Die Nothwendigkeit der Gründung eines neuen Vereins und zwar eines solchen der Anstaltsdirectoren ist damit durchaus nicht bewiesen.

Der ungenannte Herr Reformator H. scheint übrigens nicht nur in der Beweisführung, sondern auch in Vergleichen zu hinken. Als „Trostspender" habe ich mich bisher noch nicht versucht, fühle dazu auch kein Bedürfniss.

Ich habe mich damit begnügt, Forderungen, die ich als berechtigt erkannte, mit Freimuth und Nachdruck an gehöriger Stelle vorzubringen und zu begründen, sowie die erstrebten und erzielten Verbesserungen und Aenderungen im mündlichen und brieflichen Gedankenaustausch, in den Verwaltungsberichten und in der Literatur zur etwaigen Nachprüfung bekannt zu geben. Mein Hinweis auf Einsetzung entsprechender Summen in den Etat war keine Trostspende, sondern ein Wegweiser, wie man auch ohne den neuen Verein erfolgreich vorwärts kommen kann.

Zur Anregung und Vorbesprechung derartiger Fragen bedarf es ebenfalls keines neuen Vereins, hier erweist sich die psychiatrische Wochenschrift als bestes Organ, das nicht nur in die Hände der Anstaltsdirectoren kommt, sondern gerade auch von den berufenen Verwaltungsbeamten mit Interesse gelesen wird.

Uchtspringe, den 25. October 1899. Alt.



scheint mir vergleichbar mit dem Trost, welchen man Hungernden gewährt, wenn man sie darauf hinweist, dass sie nur zu essen brauchen, um ihren Hunger zu stillen. Wie die Hungernden einem solchen Trostspender entgegnen würden: „Ja, gieb uns doch nur etwas zu essen!", so möchte ich Herrn Alt erwidern: „Ja, sorgen Sie nur dafür, dass alle Directoren auch solche Posten in den Etat einsetzen!" Das ist ja eben die Sache, um die es sich handelt, alle Directoren zu einem gleichmässigen Vorgehen zu veranlassen. Wie ist dies zu ermöglichen, wie ist es zu bewirken, dass die deutschen Irrenanstaltsdirectoren einmüthig vorgehen und diese und andere Forderungen, welche im Interesse aller Irrenanstalten liegen, bei ihren Behörden einmüthig vertreten. Dass, wie Herr S. betont, die Directoren der einzelnen Verwaltungsbezirke schon jetzt zur Berathung gemeinschaftlicher Interessen von ihrer Behörde herangezogen werden, damit wird doch, ganz abgesehen von der durch Herrn Alt gekennzeichneten Uneinigkeit der Directoren in vielen Verwaltungsbezirken, für die Gesammtheit nichts erreicht. Eine bestimmende und wirksame Directive kann nur der gemeinsame Beschluss aller deutschen Irrenanstaltsdirectoren geben, dem sich der Einzelne nicht so leicht entziehen wird. Andererseits wird, wie ich bereits in meinen ersten Ausführungen angedeutet habe, ein von einer so ansehnlichen Versammlung getragener Beschluss manchen Anstaltsdirectoren, denen es zur consequenten Vertretung von Forderungen an Festigkeit gebricht, die nöthige Stütze verleihen. Uebrigens will ich mich nicht an das Wort Verein klammern. Die Hauptsache ist die Institution von jährlichen Conferenzen deutscher Irrenanstaltsdirectoren. Diese Conferenzen brauchen durchaus nicht dem Verein deutscher Irrenärzte Concurrenz zu machen, sondern können ganz gut oder sogar am zweckmässigsten im Anschluss an die Jahresversammlungen des Vereins deutscher Irrenärzte stattfinden. Um die möglichst vollständige Vertretung der deutschen Irrenanstalten zu sichern, wird es sich nach dem Vorschlage des Herrn Alt empfehlen, bei den Behörden die officielle Entsendung eines Vertreters jeder Irrenanstalt zu erwirken,*) wie dies jetzt schon, wenigstens zum Theil, in einzelnen Verwaltungen geschieht.

Den Einwand allerdings, dass Beschlüsse des Vereins deutscher Irrenärzte wirksamer sein würden als die eines Vereins oder einer Conferenz deutscher Irrenanstaltsdirectoren, muss ich gelten lassen. Doch ist zu erwägen, dass sich im Verein deutscher Irrenärzte zahlreiche Mitglieder (Specialärzte, Privatanstaltsärzte etc.) befinden, welche den Fragen, um die es sich hier handelt, ziemlich fern stehen. Bei den drei letzten Jahresversammlungen bildeten dieselben mehr als den dritten Theil aller Theilnehmer. Doch will ich zugeben, dass dieses Bedenken nicht so schwerwiegend ist, als dass der Verein deutscher Irrenärzte als solcher nicht den Versuch machen könnte, die Vertretung praktischer Interessen als einen integrirenden Bestandtheil seiner Thätigkeit zu übernehmen. Es müsste dann allerdings für diese praktischen Interessen und Fragen ein besonderer dritter Verhandlungstag angesetzt werden, welchen auch Herr Alt verlangt. Herr K. würde sich den Dank aller deutschen Irrenärzte verdienen, wenn er sich im Vorstande dafür bemüht. An Material für diesen „praktischen" Tag wird es sicher nicht fehlen. H.

*) Wenn Herr Alt betont, dass die kärgliche Besoldung der Irrenanstaltsdirectoren viele verhindert, die kostspieligen Reisen zu den Jahresversammlungen zu machen, so gilt das noch in weit höherem Maasse für die verhältnissmässig viel kärglicher besoldeten Irrenanstaltsärzte, was sich ja am besten an der im Verhältniss zu ihrer Zahl ausserordentlich geringen Betheiligung derselben an jenen Versammlungen zeigt. Die von Herrn Alt gewünschte und sicher erstrebenswerthe entsprechende Vertretung der Interessen der Irrenanstaltsärzte ist nur dadurch zu erreichen, dass für dieselben Reisebeihilfen zum Besuch der Versammlungen in den Etat eingestellt werden.

— Unsere geehrten Abonnenten erlauben wir uns auf das auf dem Umschlag dieser Wochenschrift befindliche Inserat des **Centralbureaus der Haus-Industrie-Organisation für Handweberei in Schlesien** besonders aufmerksam zu machen und speciell den Verwaltungskörpern zur Beachtung zu empfehlen. Das Centralbureau beschäftigt ca. 2000 Personen, Weber und Näherinnen, in der Haus-Industrie, wie überhaupt diese Firma vor 8 Jahren nur zu dem Zwecke errichtet wurde, die Handweber und deren Angehörige mit Arbeit zu versorgen und sie vor Arbeitsmangel und Noth zu schützen; wie sehr Mutter Sorge in diesen Kreisen überall nistet, welche physischen und seelischen Opfer hier das Elend fordert, bedarf keiner Schilderung; in G. Hauptmann's „die Weber" ist es in drastischer, aber durchaus naturgetreuer Weise dargestellt. Durch das Centralbureau bezw. dessen Geschäftsstellen liefern die Hausweber Wäsche und Kleidungsstücke für die Armee, sowie für einen grossen Theil schlesischer, pommerscher etc. Irren-, Heil- und Pflegeanstalten, Erziehungs- und Krankenhäuser etc. Da solche Institute einen umfangreichen Bedarf an Geweben haben, so können die betreffenden Anstalten viel dazu beitragen, die traurige Lage der Handweber aufzubessern, deren Preise z. Th. billiger sind als die der mechanischen Webereien. — Von Creasleinen z. B. liefern die vom Centralbureau beschäftigten Handweber in jedem Winter bis 70 000 Meter.

Mögen diese wenigen Zeilen dazu beitragen, dieses Wohlthätigkeitsunternehmen zu fördern.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

— Dem Director der communalständischen Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu Eichberg, Sanitätsrath Dr. R. Schroeter, wurde der Charakter als Geheimer Sanitätsrath verliehen.

— Osnabrück. Dr. med. R. Snell, bisher Arzt an der Corrigendenanstalt zu Wunstorf, vordem III. Arzt der Provinzial-Irrenanstalt Hildesheim, wurde vom hannöverschen Provinzial-Ausschuss zum II. Arzt der Provinzial-Irrenanstalt zu Osnabrück gewählt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 32. 4. November **1899.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Ein Besuch schweizerischer Trinkerheilstätten.

Von Dr. *M. Sander*-Frankfurt a. M.

Mit dem Jahre 1900 tritt die Frage der Bekämpfung des chronischen Alkoholismus in ein neues Stadium. Die Entmündigung des Trinkers, welche im neuen bürgerlichen Gesetzbuch vorgesehen ist,*) kann von psychiatrischer Seite nur mit Beifall begrüsst werden. Ist doch hierdurch die Möglichkeit gegeben, den Trinker auch gegen seinen Willen, der für ihn einzig rationellen Therapie, einer längeren Anstaltsbehandlung zu unterziehen. Es dürfte daher die Frage nach geeigneten Anstalten hierfür auch in Deutschland bald mehr in den Vordergrund treten. Die Irrenanstalten, welche bisher fast ausschliesslich die Trinker aufnahmen, genügen diesem Zweck in keiner Weise. Der Zuschnitt derselben ist auch bei freiester Behandlung nicht geeignet, Trinker noch nach Ablauf ihrer acuten Alkoholpsychose längere Zeit zu bewahren Hierzu kommt ferner die Schwierigkeit, sie in den Irrenanstalten dauernd abstinent zu halten, und zahlreiche andere, gerade für eine erfolgreiche Therapie wesentliche Momente, auf die wir weiterhin zu sprechen kommen werden. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, hat man schon seit zwei Jahrzehnten mit der Errichtung von Heilstätten für Trinker begonnen In Deutschland sind es nur wenige Anstalten dieser Art, welche aus privaten Mitteln errichtet wurden und dem vorhandenen Bedürfniss in keiner Weise genügen dürften. Es besteht daher an verschiedenen Orten die Absicht, Trinkerheilstätten zu errichten oder wenigstens der Frage nach einer geeigneten Unterbringung Trunksüchtiger näher zu treten. In der Schweiz ist man hierin bereits vorangegangen und es bestehen dort schon seit zwei Jahrzehnten mehrere grössere Anstalten zur Unterbringung und Heilung chronischer Alkoholisten, die zum Theil von öffentlichen Mitteln errichtet und unterhalten werden. Die günstigen Erfolge, welche die ersten dieser Anstalten aufzuweisen hatten, regten zur Erweiterung der alten und zur Gründung neuer an, so dass das Bedürfniss nach Plätzen wohl bald völlig gedeckt sein dürfte. Eine kurze Beschreibung dieser Trinkerheilstätten

*) Die hierher gehörigen Paragraphen lauten:

§ 6. „Entmündigt kann werden: 3. wer in Folge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, oder sich oder seine Familie der Gefahr des Nothstandes aussetzt, oder die Sicherheit Anderer gefährdet."

§ 114. „Wer wegen Geistesschwäche, wegen Verschwendung oder wegen **Trunksucht** entmündigt . . . ist, steht in Ansehung der Geschäftsfähigkeit einem Minderjährigen gleich, der das siebente Lebensjahr vollendet hat."



befindet sich bereits in einem Aufsatz von Tilkowsky vom Jahre 1893.*) Da inzwischen eine Reihe von Jahren vergangen sind, zahlreiche neue Erfahrungen gesammelt wurden, so dürfte bei dem Interesse, das diese Frage gegenwärtig hat, eine kurze Schilderung eines Besuches in diesen Anstalten, den ich im Herbst dieses Jahres auszuführen Gelegenheit hatte, nicht unzweckmässig erscheinen. — In der deutschen Schweiz befinden sich gegenwärtig drei grössere derartige Anstalten, die Trinkerheilstätten Nüchtern bei Kirchlindach, Ellikon bei Islikon und Schloss Hard bei Ermatingen. Die letztere ist erst in neuester Zeit errichtet und ausschliesslich für Kranke besserer Stände bestimmt. Von allgemeinerem Interesse sind daher wohl nur die beiden grösseren öffentlichen Anstalten, besonders Ellikon, das mit seinen musterhaften Einrichtungen in jeder Hinsicht bei Gründung von Trinkerheilstätten als Vorbild dienen kann. Ich will daher meinen Besuch in diesen beiden Heilstätten schildern und sodann noch einige allgemeinere Gesichtspunkte, wie sie sich aus der praktischen Erfahrung bisher ergeben haben, kurz erwähnen.

Die Trinkerheilanstalt „Nüchtern" bei Kirchlindach im Canton Bern wurde im Jahre 1891 eröffnet und hat gegenwärtig im Durchschnitt ca. 20 Pfleglinge. Sie liegt ca. 5 Minuten von dem Dorfe Kirchlindach entfernt am südlichen Abhange des Schüpberges und besteht aus zwei Wohngebäuden, ein grösseres für ca. 14, ein kleineres für 6 Pfleglinge und einem Holzhause mit Werkstätten. Eigenthümer der Anstalt, die auf einem früheren Gute errichtet wurde, ist der „Bernische Verein für eine Trinkerheilstätte". Gegenwärtig ist ein neues, stattliches Wohngebäude für ca. 50 Kranke in Bau begriffen, wozu der Canton Bern 40 000 Francs aus dem sogenannten Alkoholzehntel (s. u.) beigesteuert hat, der übrige Betrag soll durch Antheilscheine à 100 Francs aufgebracht werden.

Ueber die ungenügenden Wohnungseinrichtungen, die ja durch die Errichtung des neuen Wohngebäudes bald eine wesentliche Verbesserung erfahren werden, will ich mich nicht erst verbreiten; bei der Art der Anlage, Benutzung ursprünglicher kleiner Bauernhäuser, deren schon an und für sich nicht grosse Räume durch Zwischenwände noch vermehrt werden mussten, ist es verständlich, wenn die einzelnen Zimmer sehr klein und hygienisch unzureichend erscheinen. Immerhin muss man berücksichtigen, dass die Zimmer ja nur zum Schlaf aufgesucht werden, da die Pfleglinge am Tage im Feld oder in der Werkstätte beschäftigt werden und sich in der Zwischenzeit in dem geräumigen Speise- und Versammlungszimmer aufhalten. Die Kleinheit der Zimmer dürfte sich daher nicht besonders fühlbar machen. Zu der Anstalt gehören ferner noch ein grosser Viehbestand, mehrere Pferde, sowie entsprechendes Ackerland, das von den Pfleglingen bearbeitet wird.

Die Leitung der Anstalt hat der Hausvater und dessen Frau, die mit den Pfleglingen zusammen eine grosse Familie bilden, auch gemeinschaftlich die Mahlzeiten einnehmen. Der Hausvater ist dem Directionscomité verantwortlich und hat demselben über sämmtliche Vorkommnisse in der Anstalt Bericht zu erstatten. Er hat über Aufnahme und Entlassung zu entscheiden, hat die Aufsicht über die Pfleglinge und hat das Disciplinarrecht über sie und über die Angestellten. Als solche fungiren in Nüchtern zwei Knechte, welche die Kranken beaufsichtigen und ebenso wie sämmtliche andern Bewohner der Anstalt völlig abstinent sind. Morgens und Abends findet eine Hausandacht statt, Sonntags wird die Kirche des Ortes gemeinschaftlich besucht.

Die Beschäftigung der Pfleglinge ist obligatorisch den ganzen Tag über mit Ausnahme der üblichen Mahlzeiten; je nach Neigung und körperlicher Fähigkeit werden sie mit Feld- und Gartenarbeit, mit Haus- und Reinigungsarbeiten oder in den Werkstätten beschäftigt. Die Verköstigung ist entsprechend der energischen körperlichen Arbeit reichlich und kräftig:

$6^1/_2$	Uhr	Frühstück: gebratene Kartoffeln, Kaffee, Brot.
$9^1/_2$	„	II. Frühstück: Thee, Brot.
$11^1/_2$	„	Mittagessen: Suppe, Fleisch, Gemüse, Kartoffeln.
$3^1/_2$	„	Kaffee mit Brot.
7	„	Suppe mit Brot.

Der ärztliche Dienst wird von einem in der Nähe wohnenden Arzt versehen, welcher die bei der Aufnahme auszufüllenden Fragebogen zu prüfen hat, sonst aber nur nach Bedarf die Anstalt besucht. Schwer Erkrankte werden in ein Berner Spital verbracht.

Die sonstigen Einrichtungen in Nüchtern gleichen völlig denen in Ellikon und sollen hier näher besprochen werden.

*) Die Trinkerheilstätten der Schweiz und Deutschlands, Leipzig und Wien 1893.



Die Trinkerheilstätte Ellikon an der Thur liegt unweit Winterthur an der Bahnlinie Winterthur-Romanshorn und ist von der Bahnstation Islikon zu Fuss in $^3/_4$ Stunde zu errreichen. Sie wurde von dem Züricher Hilfsverein für Geisteskranke gegründet und am 3. Januar 1889 eröffnet. Gegenwärtig gehört sie dem Verein „zur Heilung von Gewohnheitstrinkern" in Zürich und steht unter Leitung eines Directionscomités von 7 Mitgliedern, dessen Präsidium zur Zeit Professor Bleuler in Zürich führt. In Folge fortgesetzter Zunahme der Pfleglinge musste die Anstalt in den letzten Jahren durch Aufführung von Zubauten zu dem alten Wohngebäude erheblich vergrössert werden, so dass sie sich gegenwärtig als ein stattlicher einstöckiger Bau mit langen Seitenflügeln präsentirt. Die Zahl der Pfleglinge beträgt im Durchschnitt 40. Die Zimmer sind klein, aber äusserst nett eingerichtet; in den grössten Schlafzimmern höchstens 5 Betten. Im Erdgeschoss befinden sich die Wohnung des Hausvaters, das Büreau, die Arbeitsräume, eine grosse, mit modernen Einrichtungen versehene Küche; im ersten Stock die Schlafzimmer, ein geräumiger Speise- und Lesesaal, sowie besondere Aufenthaltsräume für Nichtraucher. Die Wirthschaftsgebäude sind ebenfalls gross und stattlich; in den Ställen findet sich ein tüchtiger Bestand: ca. 12 Stück Vieh, 2 Schweine, 1 Pferd. Die ganze Anstalt liegt offen, keinerlei Sicherheitsvorrichtungen an Fenster oder Thüren, doch besteht gegenwärtig die Absicht, das engere Grundstück durch einen leichten Holzzaun zu umgrenzen. Die Pfleglinge werden mit Garten- und Feldarbeit, zum Theil auch mit umfangreichen Erd- und Drainagearbeiten beschäftigt.

Die unmittelbare Leitung der Anstalt untersteht dem Hausvater, welcher von dem Directionscomité gewählt und diesem verantwortlich ist. Der Hausvater entscheidet über Aufnahme und Entlassung, hat die Aufsicht über Pfleglinge und Angestellte und leitet die täglichen Arbeiten. Die Frau desselben hat Küche, Näharbeit und Wäscherei zu überwachen. Zu den Hausarbeiten sind noch mehrere weibliche Dienstboten, zur Beaufsichtigung bei den Kranken mehrere Wärter zur Verfügung.

Die ärztliche Aufsicht wird von Professor Bleuler in Zürich ausgeübt, der die Anstalt zu diesem Zweck mehrmals im Jahre besucht; für die Behandlung intercurrenter Krankheiten wird ein in der Nachbarschaft wohnender Arzt herangezogen.

Trotz des zur Anstalt gehörigen bedeutenden Ackerlandes muss beständig dazu gekauft werden, da, wie sich leicht denken lässt, bei der Zahl der Pfleglinge, die ja meist im besten Alter stehen und eine bedeutende Arbeitskraft repräsentiren, das vorhandene Land immer noch nicht genügend Arbeit abwirft.

Es besteht in Ellikon nur eine Verpflegungsklasse; Kranke höherer Stände erhalten gegen entsprechende Bezahlung ein besonderes, besser ausgestattetes Zimmer und einige Extrazulagen.

Die Verköstigung erscheint durchaus reichlich:

Morgens: Kaffee mit 0,6 l Milch.
Mittags: Suppe, 250 g Fleisch, Gemüse.
Abends: 0,6 l Milch mit Kaffee.
Nachtessen: Suppe, Fleischreste, 125 g Käse, Reis- oder Mehlspeise.
600 g Brot.

Für die Organisation der Heilstätte ist ein Reglement maassgebend, nach welchem für die Aufnahme Folgendes verlangt wird:

1. Schriftliche Verpflichtung, für eine bestimmte, vom Präsidenten des Directionscomités, in Nothfällen vom Hausvater, je nach dem Fall festzustellende Zeit in der Anstalt zu verbleiben und sich den Hausregeln und den Anordnungen des Hausvaters zu unterziehen. Die Verpflichtungszeit soll nicht unter sechs Monaten sein. Bei Bevormundeten kann die Verpflichtung des Trinkers durch diejenige seines gesetzlichen Vertreters ersetzt werden.
2. Vorherige Einsendung eines ärztlichen Zeugnisses nach bestimmtem Formular. In demselben finden sich ausser den üblichen Personalfragen folgende speciell auf die Trunksucht sich beziehende Fragen:

A) Aetiologie.

a) Heredität.
b) Frühere körperliche Krankheiten, Verletzungen etc.
c) Directe Ursache der Trunksucht.
d) Nervenconstitution des Kranken.
e) Geistiges Leben des Kranken vor der Zeit der Trunksucht.

B) Art und Eigenthümlichkeiten der Trunksucht.

f) Wann begann der Genuss alkoholischer Getränke? Wann der Missbrauch?
g) Welcher Art waren die genossenen Getränke? Welche Quantitäten wurden genommen?

h) Diagnose und besondere Complicationen:

i) Ist die Trunksucht mit geistiger Störung complicirt? und, wenn dies der Fall ist, handelt es sich

1. um eine einfache, heilbare alkoholische (d. h. durch den Alkoholmissbrauch bedingte) Psychose? oder
2. umgekehrt um eine Trunksucht in Folge geistiger Störung? oder
3. um eine unheilbare Psychose?

k) Zeigt der Kranke Einsicht? Will er geheilt werden?

l) Art des Rausches des Kranken? Erscheinungen eventueller Delirien? Schlaf? Krämpfe? Gedächtniss? Hallucinationen? Nervöser und geistiger Status überhaupt? Lähmungserscheinungen, Zittern etc.? Erworbene ethische Defecte, sexuelle Abnormitäten etc.?

m) Körperlicher Status: Verdauung, Zustand des Herzens, der Leber, der Nieren, der Gewebe überhaupt: Puls (Fettsucht?). Complicirende körperliche Krankheiten?

Eine fernere Bedingung für die Aufnahme ist:

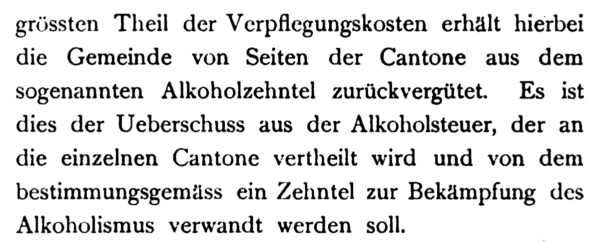
3. Vorausbezahlung der Verpflegungskosten für ein Vierteljahr resp. bis zum Ablauf der Verpflichtungszeit oder Garantieschein durch die Behörde. Für Extra-Auslagen muss in allen Fällen Baardeckung geleistet werden. Die Tagestaxe wird nach den Vermögensverhältnissen bemessen und ist hierüber Ausweis eventuell amtliche Bescheinigung einzusenden. Das Kostgeld verfällt:

   a) wenn der Pflegling vor Ablauf der Verpflichtungszeit ohne regelrechte Entlassung die Anstalt verlässt,

   b) wenn er ausgeschlossen werden muss.

Der Eintritt in die Heilstätte erfolgt also entweder freiwillig auf bestimmte Zeit oder in der Weise, dass chronische Trinker durch Beschluss der Gemeindebehörde auf 9 bis 18 Monate der Heilstätte überwiesen werden.*) Eine Entmündigung wegen Trunksucht existirt bisher in der Schweiz nicht.

Die Kosten werden bei genügenden Mitteln von dem Trinker selbst getragen, andernfalls von der Gemeindebehörde, die auch für die Unterstützung der Familie in der Zwischenzeit sorgen muss. Den



grössten Theil der Verpflegungskosten erhält hierbei die Gemeinde von Seiten der Cantone aus dem sogenannten Alkoholzehntel zurückvergütet. Es ist dies der Ueberschuss aus der Alkoholsteuer, der an die einzelnen Cantone vertheilt wird und von dem bestimmungsgemäss ein Zehntel zur Bekämpfung des Alkoholismus verwandt werden soll.

Die Verpflegungskosten schwanken zwischen 1,10 bis 3 Francs; von einer Differenzirung in verschiedene Verpflegungsklassen wurde hauptsächlich deshalb abgesehen, weil man meint, dass Kranke der höheren Klassen sich nicht zur Arbeit zwingen liessen, damit sich selbst eines wichtigen therapeutischen Mittels begeben und auf die anderen Pfleglinge einen demoralisirenden Einfluss ausüben könnten.

Was nun die Behandlung der Trinker betrifft, so ist das wesentlichste Moment die völlige Abstinenz von allen alkoholischen Getränken. Dass in einer derartigen Heilstätte die Abstinenz nicht nur auf die Kranken selbst, sondern auf alle Bewohner der Anstalt sich erstrecken muss, brauche ich nicht erst zu betonen. Demgemäss existirt für alle Angestellte, vom Hausvater bis zum niedrigsten Knecht, die Verpflichtung völliger Enthaltsamkeit.

Als Getränke giebt es daher in Ellikon ausser Brunnenwasser nur Mineralwasser und Limonaden, welche durch die bekannten Handapparate in der Anstalt selbst zu sehr billigem Preise hergestellt werden. Die Pfleglinge erhalten dieselben gegen Extrabezahlung oder bei besonderen Gelegenheiten und Festtagen gratis. Ausserdem giebt es nur noch an einzelnen Tagen einige Cigarren oder Tabak, ebenfalls nur für die, welche die Mittel hierfür besitzen; besondere Vergünstigungen für einzelne Pfleglinge sind nicht vorgesehen. Um die Abstinenz durchzuführen, ist es nothwendig, dass die Pfleglinge kein Geld bei sich tragen, dass ihnen von den Angehörigen nichts zugesteckt wird und dass sie ohne Beaufsichtigung wenigstens in der ersten Zeit das Anstaltsgebiet nicht verlassen. Hierauf beziehen sich mehrere Paragraphen der Hausordnung, die ich im Wortlaut folgen lasse:

1. Es ist den Pfleglingen und Angestellten strengstens verboten, bei ihren Ausgängen oder irgendwie ohne Wissen des Vorstehers u. s. w. Wirthshäuser zu besuchen oder sonst irgendwo alkoholische Getränke zu geniessen. Derartige Vorkommnisse berechtigen den geschäftsführenden Ausschuss, im Nothfall den Vorsteher zur sofortigen Entlassung des Fehlbaren. Man

*) Naturgemäss findet in der Praxis noch eine directe Ueberweisung des Trinkers aus der Irrenanstalt in die Heilstätte statt.

erwartet von der Redlichkeit der Pfleglinge, dass sie selbst ihre Ehre daran setzen, solches zu verhindern oder vorkommenden Falls sofort dem Vorsteher zur Anzeige zu bringen.

2. In der Regel darf während der ersten drei Monate kein Pflegling die Anstalt, auch nicht mit Angehörigen oder Vormund, verlassen. Später werden Ausgänge vom Vorsteher — je nach dem Zustand und dem Verhalten des Pfleglings — bewilligt. Wird ein Ausgang vom Vorsteher erlaubt, so muss die erlaubte Ausgangszeit genau eingehalten werden. Eigentliche Urlaube werden nur in dringenden Nothfällen, auf schriftliches Verlangen der nächsten Angehörigen, gestattet.

3. Briefe, Packetsendungen, Zeitungen und Bücher unterliegen der Censur und der Controlle des Vorstehers. Unpassende Druckschriften dürfen im Hause nicht geduldet werden.

4. Das Mitbringen von Speisen, Getränken, Arzeneien, Postwerthzeichen etc., sowie die Zusendung solcher Dinge an Pfleglinge ist verboten.

5. Von den Besuchern mitgebrachte Packete, Handkoffer, Säcke etc., welche den Pfleglingen gebracht werden, sind vorerst auf dem Büreau zur Controlle vorzuweisen.

6. Kein Pflegling darf Geld oder Postwerthzeichen bei sich führen, sondern hat mitgebrachte Baarschaft etc. beim Eintritt in die Anstalt dem Vorsteher gegen Quittung einzuhändigen.

(Schluss folgt.)



Die Gesetzmässigkeit des Anhäufungsprocesses der Geisteskranken in der Bevölkerung des Gouvernements Moskau nach den Ergebnissen der Zählung 1893.

(Aus dem Russischen übersetzt.)

Vortrag, gehalten in der Moskauer neurologisch-psychiatrischen Gesellschaft am 19. Februar 1899 von *W. Jakowenko.*

(Schluss.)

Die durch die Zählung 1893 bestätigte gesetzmässige Gruppirung der Geisteskranken nach Krankheitsdauer muss als Resultat der Anhäufung betrachtet werden, welche durch folgende drei gesetzmässig wirkende Factoren hervorgerufen ist: jährlichen Zuwachs der neu Erkrankten (a), Abgehen der Genesenen (x) und Abgehen der Gestorbenen (y). Der jährliche Zuwachs der Geisteskranken muss also durch die Differenz $a - (x + y)$ ausgedrückt werden. Die Gesammtzahl der Kranken bleibt unverändert, d. h. die Anhäufung hört auf, wenn $a = x + y$, was nur in dem Falle möglich ist, wenn die jährlich zukommende Zahl (a) unverändert bleibt: in diesem Falle wird die Anhäufung durch das Absterben Aller, die das Grenzenalter erreicht haben, beschränkt.*) Aber in Ländern, wo regelmässiger jährlicher Zuwachs der gesammten Bevölkerung beobachtet wird und wo sich das Procentverhältniss der Geisteskranken zur Bevölkerung nicht verändert (wenigstens während einer bestimmten Zeit), dort muss die Zahl der neu Erkrankenden jährlich in derselben Proportion wachsen, wie die gesammte Bevölkerung zunimmt. Wenn z. B. die Bevölkerung auf 5 % zunimmt, so wächst auch die Zahl der Geisteskranken auf 5 %, darunter muss auch die Zahl der jährlich neu Erkrankenden auf 5 % zunehmen.

Nehmen wir an, dass die Bevölkerung, also auch die Zahl der Geisteskranken jährlich auf m % zunimmt, geben wir ausserdem zu, dass die neu Erkrankenden weder genesen, noch während der Krankheit sterben, sondern nur durch Absterben im Grenzenalter des menschlichen Lebens abgehen. Unter solchen Umständen wird sich die Anhäufung der Geisteskranken durch folgende abnehmende geometrische Progression ausdrücken lassen*):

$$a + a\left(\frac{1}{1+\frac{m}{100}}\right) + a\left(\frac{1}{1+\frac{m}{100}}\right)^2 + a\left(\frac{1}{1+\frac{m}{100}}\right)^3 + \ldots$$

[Nehmen wir für das Moskauer Gouvernement den Bevölkerungszuwachs = 0,94 % (Durchschnitts-

*) Bei unveränderlichem A entsteht eine Progression, welche unendlich abnehmend sein könnte, wenn das menschliche Leben keine Grenzen hätte: $aq + aq^2 + aq^3 + \ldots = S$. Die Summe der Glieder einer unendlich abnehmenden geometrischen Progression ist $= \frac{a}{1-q}$. Bei der Begrenztheit des menschlichen Lebens wird die Grenze durch die Geisteskranken nach 5 bis 6 Jahrzehnten erreicht und die Progression bricht ab.

*) Bei m % des Zuwachses ist der Vermehrungscoefficient $1 + \frac{m}{100}$, also die Zahl der Erkrankungen in einem entfernteren



grösse für ganz Russland) an, so bekommen wir:

$$a + 0{,}99069 \cdot a + (0{,}99069)^2 \cdot a + (0{,}99069)^3 \cdot a + \ldots$$

Wir sehen daraus, dass der Nenner dieser Progression, die ausschliesslich durch das Wachsen der Bevölkerung bedingt ist, viel grösser ist als der Nenner 0,93302 der für die Geisteskranken berechneten Progression.]

Für die Geisteskranken des Moskauer Gouvernements haben wir die Progression:

$$a + \sqrt[10]{0{,}5} \cdot a + \left(\sqrt[10]{0{,}5}\right)^2 \cdot a + \left(\sqrt[10]{0{,}5}\right)^3 \cdot a + \ldots;$$

stellen wir sie mit der vorhergehenden Progression zusammen, so bekommen wir leicht den Nenner, der ausschliesslich durch Abgehen (Genesung und Tod) der Geisteskranken bedingt ist; dazu brauchen wir einen Nenner durch den anderen zu dividiren:

$$\sqrt{0{,}5} : \frac{1}{1 + \frac{m}{100}} = \sqrt[10]{0{,}5} \cdot \left(1 + \frac{m}{100}\right);$$

$1 + \frac{m}{100}$ stellt aber den Vermehrungscoefficient der Bevölkerung vor; das Abgehen also der Geisteskranken wird, unabhängig von dem ununterbrochenen Wachsen der Zahl der neu Erkrankenden, durch eine abnehmende geometrische Progression bestimmt, mit einem Nenner (p), welcher dem Produkt gleich ist aus dem Vermehrungscoefficient der Bevölkerung $\left(1 + \frac{m}{100}\right)$, und dem Nenner ($\sqrt[10]{0{,}5} = 0{,}93302$) der Progression, welche die Gruppirung der Kranken nach Krankheitsdauer zur Zeit der Zählung anzeigt:

$$a + aq\left(1 + \frac{m}{100}\right) + aq^2\left(1 + \frac{m}{100}\right)^2 + aq^3\left(1 + \frac{m}{100}\right)^3 + \ldots aq^{55}\left(1 + \frac{m}{100}\right)^{55},$$

oder: $a + ap + ap^2 + ap^3 + \ldots ap^{55}$,

wo $$p = q\left(1 + \frac{m}{100}\right).$$

Diese letzte Progression kann direkt zur Zusammensetzung einer Ueberlebungs- und Absterbenstabelle der Geisteskranken dienen:

Von a Kranken

nach Jahren					
bleibt nach	1 Jahr	ap,	geht ab	$a(1-p)$
„	„ 2	„ ap^2,	„	„ $a(1-p^2)$
„	„ 3	„ ap^3,	„	„ $a(1-p^3)$
„	„ z	„ ap^z,	„	„ $a(1-p^z)$.

Von A Kranken, die während der ersten 10 Jahre angehäuft waren,

nach Decennien				
bleibt nach	11—20 J.	Ap^{10},	geht ab	$A(1-p^{10})$
„	„ 21—30	„ Ap^{20},	„	„ $A(1-p^{20})$
„	„ 31—40	„ Ap^{30},	„	„ $A(1-p^{30})$
„	„ 10z	„ Ap^{10z},	„	„ $A(1-p^{10z})$.

Nehmen wir an, dass das Zuwachsprocent (m) der Bevölkerung des Gouvernements Moskau = 0,94 *) und der Nenner (q) der Progression, nach welcher sich die Geisteskranken laut Zählung 1893 gruppiren, $= \sqrt[10]{0{,}5} = 0{,}93302$; dann bekommen wir das Procent des Abgehens der Kranken = 5,8209612 [nämlich:

$$100(1-p) = 100 \cdot \left[1 - q\left(1 + \frac{m}{100}\right)\right]$$

$$= 100 \cdot \left[1 - 0{,}93302\left(1 + \frac{0{,}94}{100}\right)\right] = 5{,}8209612\,\%].$$

Um zu entscheiden, in welchem Maasse diese 5,82 % durch Genesung und Absterben im Einzelnen bedingt sind, müssen wir entweder die Zahl der Sterbenden oder die der Genesenden wissen; letzteres ist fast unmöglich, da es schwierig ist, vollständige Genesung selbst bei Beobachtung im Krankenhause mehr minder genau zu erkennen (z. B. freie Zwischenzeiten einer periodischen Psychose werden oft als Genesung registrirt u. dgl.), und viele Kranke genesen ausserhalb der klinischen Beobachtung. Sicher und praktisch ausführbar ist die Registrirung der Verstorbenen. Extrahiren wir aus 5,82 % das Procent der Verstorbenen, so bekommen wir das Procent der Genesungen. Ich habe Karten über den Tod der Geisteskranken, welche im Jahre 1893 eingeschrieben waren. Diese Daten stammen aus den Kirchenbüchern und umfassen 5 Jahre (1893—1898).

Jahre (50—60 Jahre zurück) wird jährlich nach folgender Progression wachsen:

$$b : b\left(1+\frac{m}{100}\right) : b\left(1+\frac{m}{100}\right)^2 : b\left(1+\frac{m}{100}\right)^3 : \ldots b\left(1+\frac{m}{100}\right)^{60}.$$

Da wir nur wissen, dass $b\left(1 + \frac{m}{100}\right)^{60} = a$, so folgt daraus, dass

$$a\left(\frac{1}{1+\frac{m}{100}}\right) = b\left(1 + \frac{m}{100}\right)^{59};$$

$$a\left(\frac{1}{1+\frac{m}{100}}\right)^2 = b\left(1 + \frac{m}{100}\right)^{58} \text{ u. s. w.,}$$

und $$b = a\left(\frac{1}{1+\frac{m}{100}}\right)^{60}.$$

*) 0,94 ist die Durchschnittsgrösse für ganz Russland, deshalb muss die folgende Berechnung nur als Beispiel, nicht als genaue Berechnung für das Moskauer Gouvernement betrachtet werden.

Ich kann aber einstweilen darüber keine Auskunft geben, da sie noch unbearbeitet sind.

Es ist möglich, dass für andere Gouvernements und besonders für andere Länder die abnehmende geometrische Progression, nach welcher die Geisteskranken sich nach Krankheitsdauer gruppiren, einen ganz anderen Nenner haben wird, als der für das Moskauer Gouvernement berechnete. Aus dem oben Geschilderten kann man sich leicht überzeugen, dass die Grösse dieses anderen Nenners 1. vom Procent des Zuwachses der Bevölkerung, 2. vom Procent der Genesungen und 3. vom Procent der Sterblichkeit der Geisteskranken abhängen wird.

Ist die Versorgung der Geisteskranken gut bestellt und richtig besorgt, so muss die Zahl der Sterbenden sinken und die der Genesenden steigen; wenn beides in gleicher Proportion geschieht, so bleibt das Procent der Abgehenden unverändert. Und umgekehrt, schwankt der Bevölkerungszuwachs infolge wichtiger gesellschaftlicher Ereignisse, so wird sich auch der Progressionsnenner verändern, sogar bei sonst gleichen Existenzverhältnissen der Geisteskranken.

Ebenso ist es begreiflich, dass ein gleicher Progressionsnenner in zwei verschiedenen Ländern keineswegs die Gleichheit des Abnahmeprocents der Geisteskranken beweisen kann, wenn das Zuwachsprocent der Bevölkerung in diesen Ländern verschieden ist. Man muss den Progressionsnenner erst mit dem Vermehrungscoefficienten der Bevölkerung multipliciren, um die Lage der Geisteskranken in verschiedenen Ländern zu vergleichen, soviel sie durch das Abnahmeprocent (Genesung und Tod) charakterisirt wird.

Zum Schluss möchte ich noch bemerken, dass die von Geburt Blödsinnigen, soviel das vorhandene Material (911 Fälle) zeigt, sich nach Krankheitsdauer (welche hier dem Alter entspricht) auch in Form einer abnehmenden geometrischen Progression reihen; aber der Progressionsnenner ist hier ein anderer als bei Geisteskranken, nämlich ungefähr $\frac{2}{3}$.

An diesem Material ist es aber schwieriger, die Gesetzmässigkeit zu beweisen, als an Geisteskranken, 1. wegen der kleineren Zahl der Angaben, 2. weil bei den Registrirungsmethoden, welche bei uns (auch in Westeuropa) geübt werden, die Mehrzahl der Blödsinnigen im Alter von 1—5, sogar bis 10 Jahre entgeht, da es in diesem Alter meistentheils sehr schwierig ist, den Blödsinn zu erkennen: das Schulalter, das Eheschliessen, der Militärdienst — das sind die Momente, wo man die Blödsinnigen unzweifelhaft erkennt.

Wir müssen deshalb die Ergebnisse der Zählung über die Gruppe unter 10 Jahren bei Seite lassen. Für die übrigen Altersgruppen entsteht (nach Decennien) eine Progression mit dem Nenner ungefähr $\frac{2}{3}$. Mit Hilfe dieses Nenners ist es leicht, theoretisch auszurechnen, wie viel Blödsinnige im Alter unter 10 Jahren die Bevölkerung enthalten muss, und dadurch die Daten der Zählung zu corrigiren.

Nach der Zählung giebt es im Moskauer Gouvernement 911 Blödsinnige. Bei 3 darunter ist das Alter unbestimmt geblieben. Aus den übrigen 908 schliesse ich die Zahl der Blödsinnigen unter 10 Jahren aus, — 90, als eine von vornherein ungenaue Grösse. Es bleiben 818, welche sich folgenderweise gruppiren:

Die Krankheitsdauer von	Nach der Zählung	Theoretisch berechneter Progressionsnenner $= \frac{2}{3}$	Schwankungen
11—20 Jahren	333	284	+ 49
21—30 „	181	189	— 8
31—40 „	138	126	+ 12
41—50 „	90	84	+ 6
51—60 „	58	56	+ 2
61—70 „	16	37	— 21
71—80 „	2	25	— 23
	818	801	durchschnittlich 17,3 oder 2,16 %

Dividirt man die Zahl der Blödsinnigen im Alter von 10—20 Jahren durch den Nenner $\frac{2}{3}$, so bekommt man theoretisch die Zahl der Blödsinnigen unter 10 Jahren = 429 anstatt 90, welche durch die Zählung offenbar falsch registrirt sind. Für das Moskauer Gouvernement muss also die Gesammtzahl der Blödsinnigen nicht 911, sondern 1227 (801 + 426) vorausgesetzt werden.

Das Sterblichkeitsprocent (die einzige Art der Abnahme von Blödsinnigen) wird laut oben Gesagtem durch die Formel bestimmt:

$$100\left[1-\sqrt[10]{\frac{2}{3}}\cdot\left(1+\frac{0,94}{100}\right)\right]=100-\sqrt[10]{\frac{2}{3}}\cdot 100,94$$
$$= 100 - 0,96026 \cdot 100,94 = 3,0713556\,\%,$$

d. h. es ist etwas niedriger als das durchschnittliche Sterblichkeitsprocent der Gesammtbevölkerung Russlands,*) welches 3,7 % gleicht.

*) Ich muss jedoch bemerken, dass das Vermehrungsprocent (0,94) und das Sterblichkeitsprocent (3,7) aus alten Daten über Russland stammen und dass diese Berechnungen nur beispielsweise gemacht sind.

Wäre das Sterblichkeitsprocent der Geisteskranken dem der Blödsinnigen gleich (was kaum möglich ist), so käme auf die Genesungen 5,82 % — 3,07 % = 2,75 %, also auf 2161 Geisteskranke ca. 60 Genesungen. Da aber diese 60 Genesungen fast gänzlich auf die Kranken mit Krankheitsdauer von 1 bis 2 Jahren, also auf 320 fallen würden, so wäre das Genesungsprocent für sie 19, was sehr nahe dem Genesungsprocent entspricht, welches in Krankenhäusern beobachtet wird, wo man vorzugsweise frisch Erkrankte annimmt.



Häuser- und Strassennamen in Irrenanstalten.

Zu den kleinen und deshalb wenig beachteten Mittelchen, der Irrenanstalt den Anstrich des Aussergewöhnlichen zu nehmen, gehört auch die Art und Weise, wie man Häuser, Strassen und Plätze derselben bezeichnet. Durch zu grosse Sachlichkeit erinnern die Bezeichnungen oft zu sehr an den Zweck (z. B. Beruhigungshaus, Leichenhausweg, u. dergl.) oder sie sind andrerseits zu indifferent, ja an einzelnen Orten sogar bei Häusern durch Ziffern oder Buchstaben ersetzt. Wäre nicht in geeigneten Fällen und soweit nicht die Orientirung gestört wird, der Gebrauch von abstrakten oder Eigennamen mehr zu empfehlen? z. B. Concordiaplatz, „zur Freiheit“, Göthehaus, Friedenshaus, Villa Clementia, Bismarckweg. Dadurch dass im Bereich der Männerabtheilungen männliche Personen- und Vornamen, in denjenigen der Frauen weibliche verwendet werden, würde diese Massnahme zugleich die Orientirung fördern.

Solch ein civiles Gewand würde der Anstalt besser stehen als der bisherige einförmige Dienstrock. Früher hat man ja ganze Anstalten bezw. Krankenhäuser mit Eigennamen getauft; nur selten findet man diesen Brauch noch heute; es müssen ja nicht gerade Heiligennamen sein oder Ortsnamen aus dem alten Palästina; unsere vaterländische Geschichte ist so reich an berühmten Persönlichkeiten und an Orten von historischer Bedeutung, dass sich aus ihr genug Namen entlehnen liessen. In einigen Privatanstalten z. B. Zehlendorf und Pfullingen hat man die Häuser nach berühmten Irrenärzten benannt, z. B. Rollerhaus, Haus Griesinger etc., was sich auch sehr gut ausnimmt.

Bresler.



Mittheilungen.

— **Die Psychiatrie ausserhalb der Anstalt.** Dem Berliner Tageblatt entnehmen wir unterm 20. October Folgendes: Eine ganze Reihe interessanter psychologischer und juristischer Momente hat der Process zu Tage gefördert, der seit Mittwoch vor dem hiesigen Schwurgericht des Landgerichts I unter dem Vorsitz des Landgerichtsdirectors Felisch gegen den früheren städtischen Steuererheber Franz Domak verhandelt worden ist. Der Angeklagte war beschuldigt, Steuergelder im Betrage von über 9000 Mk. unterschlagen und zur Verdeckung der Unterschlagungen die Register gefälscht zu haben. Domak, der auf der Anklagebank den Eindruck eines schwer kranken Menschen machte, hat zwei Feldzüge mitgemacht und wurde im Jahre 1875 als Steuererheber des Magistrats angestellt. Leute, die ihn kennen, geben ihm das Zeugniss, dass er ein pflichtgetreuer, umgänglicher Beamter gewesen ist, bis sein Gemüth durch ein unglückliches Ereigniss verdüstert wurde. Er hatte nämlich im Jahre 1890 das Unglück, unter dem falschen Verdacht, ein Sittlichkeitsverbrechen begangen zu haben, unschuldig in Haft genommen zu werden, und diese Thatsache scheint auf seinen Seelenzustand von den verhängnissvollsten Folgen gewesen zu sein. Sein ganzes Wesen hat sich seitdem geändert, er liess auch in starkem Maasse den Alkohol auf seine Nerven wirken, und es ist festgestellt, dass er oft mehr als acht Schnäpse und acht Gläser Bier täglich zu sich nahm. Verderblich scheint es für ihn auch gewesen zu sein, dass er mit seinem damaligen Vorgesetzten, dem Büreauassistenten Brunow, sehr intim war und diesem, der sehr leichtsinnig gewesen sein soll, anscheinend wiederholt mit Geldern aus der Verlegenheit geholfen hat. Am 31. August 1898 erhielt der Vorgesetzte Brunow's einen aus Osternothhafen abgesandten Brief Brunow's, in welchem Letzterer den Domak beschuldigt, 18 000 Mk. unterschlagen und die darauf bezüglichen Protocolle verfälscht zu haben. Brunow bekannte sich als Mitwisser dieser Straf-

thaten und deutete an, dass er, um nicht mit Domak bestraft zu werden, sich tödten werde. Thatsächlich ist dann am 9. September Brunow's Leiche bei Swinemünde von der See an das Land gespült worden. Es wurde eine sofortige Revision der Domak'schen Protocolle angeordnet, und da dieselben ergaben, dass zahlreiche Beträge unterschlagen worden sein müssen und die aufgerissenen Löcher durch allerlei Manipulationen zu verstopfen versucht worden war, so wurde Domak in Haft genommen. Er entschuldigte sich damit, dass er an Gedächtnissschwäche leide, durch die grosse Arbeitslast, die auf ihm ruhte, vielfach das Opfer von Verwechselungen und Nachlässigkeiten geworden sei, und dass er dem Brunow ein grösseres Darlehen gegeben habe. Auf der anderen Seite ist dagegen festgestellt worden, dass er auf den Rennplätzen von Hoppegarten, Carlshorst, Westend und Weissensee verkehrt und auch viel gewettet hat. In der Hauptverhandlung kam es nun wesentlich darauf an, den Geisteszustand des Angeklagten festzustellen, da sich nach dieser Richtung hin lebhafte Zweifel geltend gemacht hatten. Domak ist von dem Oberarzt der königlichen Charité Professor Dr. Köppen und auch durch den Gerichtsphysikus Dr. Störmer untersucht worden, und beide Herren wohnten als Sachverständige der Verhandlung bei. Das Gutachten ging ziemlich übereinstimmend dahin, dass zwar ganz bestimmte Zweifel an der geistigen Gesundheit des Angeklagten erhoben werden können, der körperliche Befund aber noch nicht genügende Anhaltspunkte dafür gebe, dass der Angeklagte thatsächlich an Gehirnerweichung leide. Dem gegenüber wurde auf Antrag der Rechtsanwälte Dr. Davidsohn und Sellentin eine Reihe von Zeugen vernommen, deren Aussagen allerdings ein merkwürdiges Licht auf den Geisteszustand des Angeklagten warfen. Da hörte man, dass der Angeklagte im Hochsommer den Ofen geheizt und sich, mit einer Pelzmütze bedeckt, davor gesetzt hatte, dass er Unfug mit einer Kinderclarinette getrieben, oft kindisches und confuses Zeug geschwatzt, im Dienstlocale sich dem Publikum gegenüber höchst sonderbar betragen, einmal den Weihnachtsbaum seiner Kinder zum Fenster hinausgeworfen, ein anderes Mal in seiner Wohnung ganz unmotivirt Feuer angemacht hatte, dass die Flammen fusshoch emporschlugen etc. Dazu kamen drei Zellengenossen des Angeklagten, die über dessen unglaubliche „Gefrässigkeit", Vergesslichkeit und sonstige auffallende Erscheinungen so gravirende Aussagen machten, dass es Dr. Störmer für seine Pflicht hielt, nochmals den Angeklagten zu untersuchen. Er hat dabei nicht nur eine Verzerrung beider Pupillen festgestellt, ebenso eine starke Beeinträchtigung der Empfindlichkeit der Haut, die es gestattete, ihm an den verschiedensten Stellen Nadeln in den Körper zu stecken, ohne dass er eine Empfindung davon hatte. Dazu kommt ein auffallender körperlicher Verfall und ein fortgesetztes Zittern des ganzen Körpers. Auf Grund dieser neuen Momente trat gestern Dr. Störmer aus eigenem Antriebe vor den Gerichtshof und erklärte, dass die neuen Ermittelungen mit zwingender Nothwendigkeit dazu führen müssten, sein erstes, vorläufiges Gutachten abzuändern. Er erklärte, dass das jetzt vorliegende Material nicht nur ausreiche, sondern geradezu zu dem Schluss zwinge: Der Angeklagte ist geisteskrank und war es schon zur Zeit der That, so dass er im Sinne des § 51 nicht verantwortlich zu machen ist. Der als Sachverständiger bereits entlassene, nunmehr aber wieder herbeicitirte Professor Dr. Köppen äusserte sich nicht mit derselben Bestimmtheit, betonte aber, dass die von ihm bereits hervorgehobenen Zweifel durch die neuen Momente noch wesentlich verstärkt worden seien. Dr. Störmer führte auf Befragen noch aus, dass hier die Verhaftung des Angeklagten, Alkoholmissbrauch und Ueberarbeitung zusammengewirkt haben mögen, um die jetzt vorhandene Paralyse allmählich entstehen zu lassen.

Nach diesem Gutachten der Sachverständigen schien die Vernehmung der zahlreich erschienenen Zeugen überflüssig, denn Staatsanwalt und Vertheidiger gaben der Ansicht Ausdruck, dass der Angeklagte hiernach unbedenklich freizusprechen sei. Auch der Vorsitzende glaubte, dass er — da ein negativer Spruch zu erwarten war — ohne weitere Zeugenvernehmung den Geschworenen die Schuldfragen, in denen die Einzelfälle getrennt aufgeführt waren, unterbreiten könne. Zu allgemeinem Staunen sprachen aber die Geschworenen den Angeklagten in einem zur Verhandlung gekommenen Falle schuldig und erklärten sich zur Beantwortung der übrigen Fragen ausser Stande, da ihnen die Unterlagen zu einer Entscheidung fehlten. Da in den Fragen eine „fortgesetzte Handlung" angenommen war, die durch einen Fall natürlich nicht erschöpft sein konnte, so hielten die Processbetheiligten diesen Spruch übereinstimmend für einen sachlich unzulänglichen, und die Geschworenen mussten sich nochmals zur Berathung zurückziehen. Der Vorsitzende gab ihnen mit auf den Weg, dass nach der Iudicatur des Reichsgerichts schon ein begründeter Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit zu einem Freispruche genüge. Die Geschworenen verstanden sich aber auch jetzt nicht dazu, die Schuldfrage zu verneinen, sondern verlangten weitere Beweisaufnahme. Nunmehr erklärten Prof. Köppen und Dr. Störmer, dass der Angeklagte unter keinen Umständen verhandlungsfähig sei und seine Geisteskrankheit sicher bald zunehmen werde. Dr. Störmer meinte: Wer an die Verhandlungsfähigkeit dieses Kranken glaubt, müsste auch an die Unsterblichkeit der Menschen glauben. Staatsanwalt und Vertheidiger beantragten hierauf vorläufige Einstellung des Verfahrens, auf die der Gerichtshof auch erkannte. Auf den Antrag des Vertheidigers wurde der Angeklagte aus der Haft entlassen. —

Commentar überflüssig!

— **Programm** der 64. ordentlichen Generalversammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am Samstag, den 11. November 1899, Nachmittags $1^1/_2$ Uhr in Bonn im Hôtel Kley:

1. Geschäftliche Mittheilungen: Tippel wünscht eine Betheiligung der Damen an den Frühjahrsversammlungen des psychiatrischen Vereins.
2. Aufnahme neuer Mitglieder.
3. Vorträge: a) F. Schultze: Ueber einen Fall von myastenie-ähnlicher Erkrankung; b) E. Schultze: Ueber epileptische Aequivalente; c) Thomsen: Welchen Umfang müssen die anamnestisch ermittelten epileptischen Momente haben, sollen sie die Annahme einer epileptischen Geistesstörung vor Gericht begründen? d) Zengerly: Ein bemerkenswerther Fall von Schwachsinn; e) Förster: Beitrag zur Wirkung von Lactophenin.

Gemeinsames Mittagessen um $4^1/_2$ Uhr.

gez.: Pelman. Oebeke. Umpfenbach.

— **Aus der Provinzial-Irrenanstalt Osnabrück.** In unserer Anstalt sind kürzlich zwei Entweichungen von Geisteskranken vorgekommen, die dadurch besonders unangenehm und bemerkenswerth sind, dass es sich in beiden Fällen um sogen. verbrecherische Irre handelt.

Am 19. October entwich der frühere Schlosser Stethien während des Abendessens, indem er mit einem Nachschlüssel vier Thüren öffnete, und am 26. October entfernte sich der frühere Knecht Brockmann während des Mittagsessens von derselben Abtheilung auf genau dieselbe Weise.

Stethien hat jetzt bereits viermal erfolgreiche Fluchtversuche aus der Anstalt ausgeführt und zwar jedes Mal mit Hilfe selbstangefertigter Dietriche. Er ist ein intelligenter Paranoiker, der ausserdem als Schlosser Sachkenntniss und eine sehr geschickte Hand besitzt. Er ist im Stande, aus den kümmerlichsten Drahtenden und ein paar Zwirnsfäden einen Dietrich mit erstaunlicher Geschicklichkeit herzustellen. — In den Jahren 1884, 1889 und 1891 ist er je einmal wegen Diebstahls bestraft, zuletzt zu 5 Jahren Zuchthaus. Schon im Zuchthause ist seine Geistesstörung hervorgetreten. Nach der Entlassung aus der Strafanstalt stahl er sofort wieder, wurde in Hildesheim als geisteskrank begutachtet und Ende 1896 in unserer Anstalt untergebracht. Im October 1897 wurde er, um es noch einmal mit ihm zu versuchen, aus der Anstalt entlassen. Aber schon im Februar 1898 erfolgte seine Wiederaufnahme, weil er seine Freiheit zu einer grossen Zahl von Diebstählen benutzt hatte. Ebenso hat er in den Tagen, die er später in Folge seiner Entweichungen draussen zubrachte, stets Diebstähle und Einbrüche ausgeführt.

Seine Geistesstörung besteht in Grössenwahn. Er ist eine vornehme Persönlichkeit, die zu hochgestellten Beamten und Officieren in besonderer Beziehung steht. In kurzer Zeit wird er, seiner Ansicht nach, durch den Kaiser rehabilitirt werden.

Der andere Flüchtling, Brockmann, zeigte von Kindheit auf moralische Defecte und wurde in einer Rettungsanstalt erzogen. Im August 1898 ermordete er, 19 Jahre alt, in der Nähe von Verden ein Mädchen in brutaler Weise. Das Mädchen, zu dem Brockmann eine Neigung gefasst hatte, hatte ihn geneckt und hingehalten und war schliesslich mit einem anderen gegangen.

Als Motiv zu dem Morde konnte Brockmann nur Eifersucht angeben. Die That war aber nicht etwa im Affect, sondern in aller Ruhe ausgeführt. — Nachdem er in Hildesheim und auf Anordnung des Gerichts auch noch in Moabit auf seinen Geisteszustand untersucht und in beiden Anstalten übereinstimmend als schwachsinnig begutachtet war, wurde er ausser Verfolgung gesetzt und im April d. J. in unsere Anstalt aufgenommen.

Brockmann, der uns nach seiner Entweichung bereits am 26. d M. zurückgebracht wurde, hat nach seiner eigenen Aussage den von ihm benutzten Dietrich von Stethien übernommen. Stethien hat ihn nämlich nicht mitnehmen wollen, sondern ihm versprochen, einen seiner Dietriche in der Abtheilungsthür für ihn stecken zu lassen. Diesen Dietrich hat Brockmann unmittelbar nach der Entweichung Stethien's an sich genommen und die wenigen Tage bis zu seiner eigenen Flucht versteckt gehalten. Die Beiden sind also nicht zusammen entwichen, wie in den Zeitungen stand. Es hat aber doch zwischen ihnen ein complottartiger Zusammenhang bestanden.

Gehören derartige Kranke in unsere Provinzial-Irrenanstalten? Diese Frage drängt sich einem nach solchen Erfahrungen besonders lebhaft auf. Abgesehen von ihren Entweichungsgelüsten — auch Brockmann war es schon einmal gelungen, über eine Gartenmauer zu entkommen — machen beide Kranke durchaus keine Schwierigkeiten.

Stethien ist, wie gesagt, ein intelligenter, durchaus geordneter Paranoiker, und Brockmann hat hier wie überall stets den Eindruck eines harmlosen, heiter-schwachsinnigen Menschen gemacht. Wenn man von ihrer Vorgeschichte absieht, würde man sich keinen Augenblick besinnen, sie trotz der bestehenden Geisteskrankheit zu entlassen. Sie sind eigentlich nicht hilfsbedürftig, sondern werden nur festgehalten wegen ihrer verbrecherischen Neigungen resp. wegen ihrer verbrecherischen Vorgeschichte, also lediglich um etwaigen neuen verbrecherischen Thaten vorzubeugen. Gehören solche Kranke in Provinzial-Irrenanstalten? Und wenn es der Fall ist, ist ihre Unterbringung in eine allgemeine Provinzial-Irrenanstalt, in der doch ganz andere Zwecke und Ziele verfolgt werden, angebracht?

Diese Fragen sind nicht neu, aber sie treten neuerdings wieder mehr in den Vordergrund und werden hoffentlich endlich in einem Sinne beantwortet werden, der die Interessen der nicht verbrecherischen Irren besser als bisher berücksichtigt.

Ich will noch erwähnen, dass nach einer Mittheilung der Polizei Stethien gestern in Bremen festgenommen ist. Da er landarm ist, so ist vielleicht



die merkwürdige Folge seiner Entweichung, dass von jetzt an Bremen die Fürsorge für ihn übernehmen muss.

Wir haben wenigstens in unserer Provinz neulich folgenden Fall erlebt. Nach längerem Aufenthalte bricht ein landarmer Geisteskranker aus der Hamburger Irrenanstalt Friedrichsberg aus und wird nach einigen Tagen auf hannoverschem Gebiete wegen Landstreichens verhaftet. Als sich der Sachverhalt herausstellt, wird die Friedrichsberger Anstalt um Abholung des Flüchtlings ersucht. Der Hamburger Staat lehnt dies ab mit der Motivirung, dass jetzt der hannoversche Landarmenverband die Fürsorge zu übernehmen habe. Und das Landesdirectorium in Hannover hat diese Verpflichtung ausdrücklich anerkannt, weil der Betreffende im hannoverschen Landarmenverbandsbezirke in Haft gewesen sei.

Osnabrück, 29. Oct. 1899. Dr. Schneider.

Bücherschau.

Strafrecht und Medicin. Von Prof. Dr. jur. Joseph Heimberger in Strassburg. München 1899. C. H. Beck'scher Verlag. 65 Seiten.

Die ärztlichen Eingriffe vom Standpunkte des Begriffs der Körperverletzung zu betrachten, war den Juristen unseres Jahrhunderts vorbehalten; speciell im Laufe dieses Jahres ist der Streit um diesen Gegenstand wieder lebhafter entbrannt. Die Sache liegt so, dass die Rechtsgelehrten sich einbilden, weil bei einem chirurgischen Eingriff die Haut etc. verletzt werde, auch der Thatbestand einer an sich strafbaren Körperverletzung vorliege und sie nun mittelst des Rüstzeugs juristischer Ueberlegungen von solchen ärztlichen Handlungen das Strafbare abzustreifen, in Wirklichkeit aber sich selbst von einem Irrthum, an dem sie selber schuld sind, zu befreien bemüht sind; denn so lange die Welt steht, hat Niemand ärztliche Eingriffe an sich für strafbar gehalten und der natürliche Menschenverstand hält sie auch heute nicht dafür.

Es war für H. kein Leichtes, die verschiedenen zu Tage getretenen schiefen Auffassungen seiner Collegen zu widerlegen und einer gesunden Ansicht zur Geltung zu verhelfen. Man hat die Straflosigkeit des ärztlichen Eingriffs auf verschiedene Weise zu begründen versucht: durch das sogenannte ärztliche Berufsrecht, durch die Einwilligung des Verletzten, durch das Gewohnheitsrecht, durch den Zweck des ärztlichen Handelns; Punkt für Punkt weist H. die Unzulänglichkeit all' dieser Versuche nach. Nachdem er gezeigt, dass die deutschen Partikularstrafgesetzgebungen vor dem Reichsstrafgesetzbuch den ärztlichen Eingriff nicht als Handlung betrachtet haben, die an sich unter den Thatbestand der vorsätzlichen Körperverletzung fällt, weist er nach, dass der Gesetzgeber auch im Jahre 1870 die Natur des ärztlichen Eingriffs plötzlich anders als früher beurtheilt hat. H. führt zunächst aus, dass, rein objectiv betrachtet, von einer „körperlichen Misshandlung" keine Rede sein könne; schmerzhaft zu sein, liege in der Natur vieler ärztlicher Eingriffe, deshalb können sie aber der Natur des Leidens angemessen, brauchen keine Misshandlung zu sein. Freilich walte bei der „Angemessenheit" ein subjectives Moment ob, aber dasselbe sei hier ebensowenig zu umgehen wie bei anderen Paragraphen des Strafgesetzbuchs; es ist unmöglich, hierfür einen ewig sich gleich bleibenden Begriff der Angemessenheit festzulegen, sondern man müsse sich nach der herrschenden Ansicht der Aerzte richten; stehen sich die Meinungen der Aerzte gleichwerthig gegenüber, so haben wir uns nach althergebrachtem strafrechtlichem Grundsatze für die dem Angeklagten günstigere zu entscheiden. Also die ärztliche Behandlung kann eine Misshandlung sein, ist es aber an sich, begrifflich, nicht. Geradezu eine verfehlte Anwendung juristischer Begriffe ist es, wenn v. Lilienthal sagt, der ärztliche Eingriff führe einen „Zwischenerfolg" herbei, welcher als Gesundheitsschädigung angesehen werden müsse, und H. thut ganz gut, dies damit zu vergleichen, dass man auch einen Schneider wegen Sachbeschädigung verklagen könne, der beim Anfertigen eines Rockes für uns aus dem dazu von uns gelieferten Stoffe die Substanz des Tuches durchsticht, um Knopflöcher anzubringen! Selbstverständlich, dass der Eingriff und seine einzelnen Phasen gesundheitsschädigend wirken können, aber sie tragen nicht schon als solche diesen Charakter. „Vorsätzliche Körperverletzung, die aber sehr selten in Frage kommen wird, ist es dann, wenn der Arzt mit dem Bewusstsein handelt, dass er durch den Eingriff den Zustand des Kranken verschlechtert, fahrlässige, wenn er die Gesundheitsschädigung als Erfolg seiner Handlung nicht vorausgesehen hat, obwohl er sie bei Anwendung pflichtmässiger Sorgfalt hätte voraussehen können und müssen."

H. folgert: Wenn der zu Heilzwecken unternommene, normal verlaufene Eingriff nicht Körperverletzung im Sinne des Strafgesetzbuchs ist, so verwandelt er sich in eine solche auch dadurch nicht, dass er ohne oder gegen den Willen des Patienten vorgenommen wird. Gegen eine hieraus sich ergebende bedenkliche Eigenmacht des Arztes schützen das Publikum aber in genügender Weise andere Paragraphen des Strafgesetzbuchs als jene über die Körperverletzung, nämlich diejenigen über die persönliche Freiheit (§§ 239 und 240); eine Beeinträchtigung derselben braucht man sich auch nicht zu seinem Vortheil gefallen zu lassen; es kann Jeder nach seiner Façon zu Grunde gehen. Bei einem seines Willens mächtigen Patienten bedarf der Arzt also der Einwilligung desselben behufs Vornahme eines Heileingriffs; die Zustimmung ist nicht zu jedem einzelnen Stadium nöthig, sondern kann sich aus concludenten Handlungen ergeben. Die Befolgung dieser Paragraphen betreffend die persönliche Freiheit kann dem Arzte nur von grösstem Vortheile sein. Dagegen ist auch dann, wenn der Heileingriff mit Gewalt vorgenommen wurde, in demselben nicht der Thatbestand der Körperverletzung zu erblicken.

Bei einem Eingriff, den der Arzt bei einem be-



wusstlosen Patienten vornimmt, kann also nicht die Rede von Freiheitsberaubung sein, weil der Patient ja schon als derselben beraubt vorgefunden worden.

Die Anstaltsärzte interessiren namentlich folgende treffenden Ausführungen des Verfassers:

„Einige Schwierigkeit macht der juristischen Beurtheilung der Fall, wenn ein Arzt an einer wegen jugendlichen Alters, Bewusstlosigkeit oder Geisteskrankheit nicht willensfähigen Person einen nothwendigen Eingriff vornimmt, z. B. eine Tracheotomie an einem diphtheriekranken Kind, obwohl die Eltern oder sonstigen gesetzlichen Vertreter des Patienten ihre Zustimmung zur Operation ausdrücklich verweigern. Sicher ist bei der von mir vertretenen Auffassung des ärztlichen Eingriffs hier jedenfalls dies, dass die gelungene Operation nicht als Körperverletzung angesehen oder gar bestraft werden kann.*) Aber auch darüber kann es nicht wohl einen Zweifel geben, dass das blosse Handeln gegen den Willen der Gewalthaber keinen Delictsthatbestand erfüllt. Nur dann, wenn zur Ermöglichung der Operation Gewalt oder Drohung mit einem Verbrechen oder Vergehen angewendet, die Eltern also z. B. zur Thüre hinausgesperrt würden, um ihr Eingreifen zu verhindern, liesse sich gegen den Arzt wegen Nöthigung vorgehen.

In diesem wie in allen anderen Fällen, in welchen der Arzt gegen den Willen der unmittelbar oder mittelbar Betheiligten seinen Eingriff vornimmt, ist es für ihn sicher viel vortheilhafter, wenn die §§ 240 bezw. 239, als wenn die §§ 223 ff. zur Anwendung kommen. Jene gestatten nämlich eine Berücksichtigung der bona fides des Arztes in ganz anderem Umfang als die §§ 223 ff. Bei der Nöthigung und bei der Freiheitsberaubung ist das Merkmal der „Widerrechtlichkeit" in den besonderen Thatbestand des Delicts aufgenommen, bei der Körperverletzung aber nicht.**) Infolgedessen kann nach einem bekannten strafrechtlichen Grundsatz eine Verurtheilung des Arztes wegen Nöthigung oder Freiheitsberaubung nur dann stattfinden, wenn dem Arzte nachgewiesen wird, dass er das Bewusstsein der Widerrechtlichkeit seines Handelns besessen habe. In sehr vielen Fällen wird ihm dieses Bewusstsein fehlen. Ich kann mir sehr wohl denken, dass ein Arzt es für eine Pflichtwidrigkeit, für ein Unrecht ansieht, von einem rettenden Eingriff deswegen abzustehen, weil mangelnder Muth oder fehlende Intelligenz des Patienten oder der Eltern und sonstigen Gewalthaber ihm denselben verbieten, und dass er sich durch seinen Beruf, durch das Herkommen oder durch den Zweck seines Handelns gedeckt glaubt. Und solcher Glaube garantirt ihm Straflosigkeit. Sieht man im ärztlichen Eingriff aber eine Körperverletzung, so nützt dem Arzt, wenn er gegen den Willen des Patienten oder seiner Gewalthaber handelt, sein guter Glaube nichts; denn hier braucht der Vorsatz nicht auch das Bewusstsein der Rechtswidrigkeit des Thuns zu umfassen."

Wir haben im Vorstehenden einige Proben eines sehr lesenswerthen Buches gegeben, das geeignet scheint, zur Beendigung des unfruchtbaren Kampfes um Worte beizutragen.

Wir möchten zum Schluss noch Folgendes bemerken: Den Prototyp des Begriffs des ärztlichen Eingriffs im strafrechtlichen Begriff der Körperverletzung zu suchen und zu sehen, ist gerade so verfehlt, als wollte man z. B. für den gesetzlichen Vertheidiger eines Verbrechers das Urbild in dem strafwürdigen Helfershelfer, Hehler oder dergleichen erblicken. Und so könnte man ja noch für vieles andere das Strafgesetzbuch oder überhaupt die Rechtswissenschaft als Schlüssel der Begriffsbildung benutzen, während gerade umgekehrt die Rechtsbegriffe nach dem Leben gebildet werden müssen. Bresler.

*) v. Lilienthal kommt von seinem Standpunkte aus natürlich zu einem anderen Resultat: „Einen Eingriff in das Recht der väterlichen oder vormundschaftlichen Gewalt stellt es dar, wenn eine ärztliche Handlung gegen den ausdrücklichen Willen des Vaters oder Vormundes erfolgen sollte. Doch erscheint sie nicht aus diesem Gesichtspunkt, sondern aus dem der Körperverletzung strafbar, da es hier an der Einwilligung fehlt, und deren Voraussetzung bei dem Widerspruche der Gewalthaber nicht wohl möglich ist. Wenn es sich darum handelt, ob der Arzt oder der gesetzliche Vertreter über das Wohl oder Wehe einer zu selbständiger Entscheidung noch unfähigen Person entscheiden soll, so wird der Wille des Vertreters als der maassgebende erscheinen, dessen Nichtbeachtung die Handlung zu einer rechtswidrigen macht. . . . Dass Vater, Vormund u. s. w. unter Umständen durch Versagung ihrer Einwilligung strafbar werden können, halte ich für zweifellos."

**) § 240: „Wer einen Anderen widerrechtlich durch Gewalt u. s. w. nöthigt." — § 239: „Wer vorsätzlich und widerrechtlich einen Menschen einsperrt u. s. w." — § 223: „Wer vorsätzlich einen Anderen körperlich misshandelt oder an der Gesundheit beschädigt u. s. w."

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

— Aus München kommt uns die traurige Kunde, dass der Assistenzarzt der dortigen Kreis-Irrenanstalt

Dr. Karl Straub

in Folge croupöser Pneumonie am 25. October verstorben ist.

Jeder von uns, der ihn kennen gelernt, hat ihn als einen liebenswürdigen, braven Collegen hochgeschätzt und wird ihm ein dauerndes und ehrendes Andenken bewahren. Die Psychiatrie verliert in ihm einen jungen, äusserst strebsamen und begabten Forscher, auf den sie die besten Hoffnungen setzen durfte.

— Gerade vor Schluss der Redaction wird uns noch mitgetheilt, dass Herr Geheimrath Dr. F. Nötel, der frühere langjährige Director der Andernacher Anstalt, am 31. v. M. Nachm. 3 Uhr gestorben ist.

— Habilitationen: Dr. Hermann Zingerle für Psychiatrie und Nervenpathologie in Graz; Dr. Joseph Adolf Hirschl für dieselben Fächer in Wien.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 33. 11. November 1899.

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Nachruf.

Am 31. October d. J. verschied zu Andernach nach längerem Leiden der

Geheime Sanitätsrath

Dr. Friedrich Gustav Nötel.

Der Verstorbene hat seit dem 1. April 1876 zunächst als Director der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Merzig und seit dem 25. Juni 1881 als Director der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Andernach im Dienste der Rheinischen Provinzialverwaltung gestanden, bis er am 1. Juli d. J. in Folge schweren körperlichen Leidens in den Ruhestand trat.

Sein Verlust wird von der Rheinischen Provinzialverwaltung tief beklagt.

Ausgesprochene Berufsfreudigkeit und lebhaftes Pflichtgefühl in Verbindung mit wissenschaftlicher und praktischer Begabung und Tüchtigkeit liessen ihn als einen der Ersten die Fortschritte und Erfahrungen der modernen Psychiatrie in der Behandlung seiner Kranken und in der Organisation seiner Anstalt mit glänzendem Erfolge verwerthen.

Seine warme Herzensgüte, seine innere Theilnahme an dem Geschicke eines jeden seiner Kranken, Untergebenen und Gehilfen hat ihm in seltener Weise Liebe und Verehrung weiter Kreise gewonnen.

Als eine durchaus vornehme Natur im Denken und Handeln steht er in Aller Erinnerung.

Die Rheinische Provinzialverwaltung wird dieses wahrhaft edlen Mannes Gedächtniss stets in Dankbarkeit und Hochachtung bewahren.

Düsseldorf, den 3. November 1899.

Der Landeshauptmann der Rheinprovinz.

Dr. Klein, Geheimer Ober-Regierungsrath.



Die Psychiatrie im Staatsexamen.

Von unterrichteter Seite wird uns geschrieben: Vor einiger Zeit brachte die „süddeutsche Reichscorrespondenz", als Resultat der Berathungen der verbündeten Regierungen, den Entwurf einer neuen medicinischen Prüfungsordnung, in welcher, dem Mindestmaass des Nothwendigen entsprechend und in Uebereinstimmung mit den Forderungen der Psychiater und der Mehrzahl der deutschen Aerzte, für die Psychiatrie die praktische mündliche und schriftliche Prüfung mit Krankenuntersuchung, Krankengeschichte u. s. w., in Analogie zu den übrigen klinischen Fächern, vorgesehen war. Seitdem ist es von dieser neuen Prüfungsordnung merkwürdig still gewesen.

Die Befürchtungen Derjenigen, die in dieser Stille für die Psychiatrie nichts Gutes witterten, erweisen sich jetzt als wohlbegründet.

Uncontrollirbare Einflüsse sind inzwischen in aller Heimlichkeit bei den maassgebenden Stellen am Werke gewesen mit dem Erfolge, dass jetzt ein neuer Entwurf ausgearbeitet worden ist, in welchem die Prüfung in der Psychiatrie wieder bedeutend eingeschränkt wird. In dem „vorläufigen Entwurf einer Bekanntmachung betreffend die Approbation als Arzt" lautet § 27:

> „Die Prüfung in der Irrenheilkunde ist eine mündliche, wird von einem Examinator in der Irrenabtheilung eines grösseren Krankenhauses oder in einer Universitätsklinik abgehalten, und ist an einem Tage zu erledigen.
>
> In derselben hat der Candidat an Geisteskranken nachzuweisen, dass er sich mit den Grundzügen der Irrenheilkunde vertraut gemacht hat."

Eine Fussnote fügt als Begründung bei:

> „Die Feststellung der Anamnese, Diagnose und Prognose einer geistigen Erkrankung innerhalb der für die Prüfung in Aussicht genommenen Zeit dürfte über die Leistungsfähigkeit eines angehenden Arztes hinausgehen. Der vorgeschlagene Wortlaut soll feststellen, dass der Candidat die für einen praktischen Arzt erforderlichen Kenntnisse in der Irrenheilkunde besitzt."

Wenn der Entwurf, der jetzt den Bundesregierungen zugehen und Ostern 1900 in Kraft treten soll, die angegebene Fassung wirklich behält, so bedeutet das für die Psychiatrie eine Verneinung der Entwicklung des letzten Menschenalters und eine für Jahrzehnte hinaus gesetzlich festgelegte Inferiorität der Psychiatrie als Fachwissenschaft.*)

Im Staatsexamen kommt für das ärztliche Bewusstsein in der Art der Prüfung gewissermaassen quantitativ zum Ausdruck, welcher Grad von Werth von Staatswegen und Wissenschaftswegen auf die einzelnen Disciplinen gelegt wird, und dass innere Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe hier den Löwenantheil tragen, ist nur in der Ordnung. Der neue Entwurf bringt für die psychiatrische Prüfung, ausser dem Namen einer Examensstation, gar nichts Neues, sondern im Gegentheil, durch sein Beharren bei dem früher Giltigen, während sonstige Anforderungen, z. B. in der Kinderheilkunde, erweitert wurden, weniger als bisher.

Die oben mitgetheilte Fassung beweist, dass Derjenige, der sie redigirt hat, nicht nur der psychiatrischen Wissenschaft ganz fern steht, sondern jeglichen Wohlwollens für dieselbe baar ist. Wie denkt man sich den an Geisteskranken zu führenden Nachweis, dass der Candidat „sich mit den Grundzügen der Irrenheilkunde vertraut gemacht hat", wenn man ihm „die Feststellung der Anamnese, Diagnose und Prognose" nicht zumuthen darf? Für den praktischen Arzt genügen also, nach staatlicher Interpretation, Kenntnisse in der Psychiatrie, die so gering sind, dass die Erkennung einer Psychose, ein Urtheil über ihre Dauer und Heilbarkeit und damit über die Nothwendigkeit z. B. der Anstaltsverbringung sein Leistungsvermögen überschreiten!

*) Vom Standpunkte der Psychiatrie als Wissenschaft und der naturwissenschaftlichen Forschungs- und Lernmethode aus muss constatirt werden, dass **Vertrautsein mit den Grundzügen einer Disciplin und Fähigkeit, die Methodik derselben anzuwenden, absolut identisch** sind. Wer das nicht begreift, ist auch nicht qualificirt, in solchen Dingen eine maassgebende Stimme abzugeben. Mit der Feststellung der Diagnose und Prognose (wozu oben auch gar die Anamnese erwähnt wird, verstehen wir nicht) ist nicht immer gemeint, dass es für den Candidaten immer möglich sein müsse, dieselben in jedem Falle **sicher** zu treffen; dies vermag der Prüfende in schwierigen Fällen manchmal auch nicht; aber in der Fähigkeit, **die einzelnen Symptome abzuwägen**, zeigen sich eben die Kenntnisse der **Grundzüge**. — Es wird sich kaum lohnen, dem Paragraphen in dieser Fassung Leben zu geben; die Nothwendigkeit einer Abänderung wird sich — schon mit Rücksicht auf das Publikum — bei Zeiten ergeben. Mit dem wachsenden Interesse des letzteren für die Angelegenheiten des Irrenwesens, wovon das Studium der Psychiatrie der Grundstock, hält der Paragraph nicht gleichen Schritt! Red.



Die jetzt beklagte und allgemein als Nothstand empfundene Hilflosigkeit der Aerzte, wenn es sich darum handelt, über einen Geisteskranken nur ein kurzes Attest, eine Krankengeschichte zur Aufnahme, ein Gutachten abzugeben, wird auch in Zukunft vom Staate conservirt werden; die schriftliche Prüfung, bei der die Gelegenheit gegeben wäre, diese Fähigkeit vor Ertheilung der Approbation zu prüfen, ist gestrichen.

Der Erfolg dieser Maassregeln lässt sich mit Sicherheit prophezeien: die Studenten werden es sich gesagt sein lassen, dass es ihnen nicht zugemuthet werden kann, Geisteskranke so zu untersuchen, dass das Resultat eine schriftliche Fixirung verträgt. Es ist eine bekannte und auch verständliche Thatsache, dass der normale Student ernstlich und ausdauernd nur das treibt, was er im Staatsexamen wissen und können muss; sobald er die Sicherheit hat, dass ihm nur eine bescheidene psychiatrische Prüfung bevorsteht, wird er sich damit begnügen, aus einem Lehrbuch sich das Nothdürftigste anzueignen, und das umsomehr, als jetzt durch Einführung neuer Examensfächer seine Interessen neue, dringlichere Accente erhalten werden.

Es wird also in Zukunft eine noch grössere Anzahl von Aerzten, als jetzt, die Universität verlassen, ohne Geisteskranke gesehen, ohne sich mit deren Untersuchung vertraut gemacht zu haben, und wer das Deficit zu zahlen hat, das sind Diejenigen, die das Unglück haben, bei psychischen Erkrankungen auf den Rath dieser Aerzte angewiesen zu sein.

Es ist nur durch die Annahme eines der Psychiatrie principiell und immer übelwollenden Standpunktes irgend welcher einflussreicher Berather der Regierung zu erklären, wenn in einer Zeit, in der das öffentliche Bewusstsein zum ersten Male anfängt, aus dem Meer der Vorurtheile betreffs der Geistesstörungen aufzutauchen, im selben Jahre, in dem die letzte fehlende psychiatrische Klinik erbaut wird und das neue Gesetzbuch mit seinen erhöhten Anforderungen an das psychiatrische Wissen der Aerzte Geltung erlangt, eine Prüfungsordnung redigirt werden kann, zwischen deren Zeilen zu lesen steht, dass der Staat die Psychiatrie für ein nebensächliches Fach dritter oder vierter Ordnung ansieht, bei welchem für den Arzt einige oberflächliche Kenntnisse genügen.

Es ist schwer verständlich, wie gerade die preussische Regierung, die mit der einen Hand die Millionen für psychiatrische Unterrichtsanstalten ausgiebt, mit der anderen an die Adresse der Studirenden in die Prüfungsordnung hineinschreiben kann: „aber lernen braucht Ihr darin Nichts."

Durch die neue Prüfungsordnung werden, wahrscheinlich für Jahrzehnte, bestimmte Verhältnisse festgelegt; es ist noch gar nicht abzusehen, wie sehr diese, für den Fernerstehenden auf den ersten Blick vielleicht nicht einmal so bedeutungsvolle technische Examensfrage allmählich auf die ganze Werthschätzung der Psychiatrie, auf die gesammte Position der Irrenärzte zurückwirken wird; der Hinweis allein auf die Stellung des Sachverständigen den juristischen Instanzen gegenüber mag hier genügen.

Noch sind die neuen Bestimmungen nicht Gesetz, wenn auch die Frist nur eine kurze ist; noch ist ein einmüthiger Protest der deutschen Irrenärzte möglich, die ja zwar an schlechte Behandlung gewöhnt sind, aber doch nicht ruhig zusehen dürfen, wie unsere alten Feinde, Vorurtheile und Mangel an Verständniss, mühsam erkämpfte Errungenschaften zu zerstören drohen.



Ein Besuch schweizerischer Trinkerheilstätten.

Von Dr. *M. Sander*-Frankfurt a. M.

(Schluss.)

Am schwierigsten ist naturgemäss, das geeignete Personal für eine derartige Trinkerheilstätte zu finden. In der Schweiz sind die Angestellten meist Mitglieder des blauen Kreuzes und zum Theil selbst frühere Trinker. Die Erfahrungen, welche man gerade mit den Letzteren gemacht hat, sind die denkbar günstigsten. Gerade diese Leute besitzen offenbar den nöthigen Fanatismus, um ihren Pfleglingen den Gedanken einer dauernden völligen Abstinenz einzuimpfen. Denn die in der Anstalt selbst durchgeführte Enthaltsamkeit von Alkohol, auch wenn sie sich über viele Monate hinaus erstreckt, ist allein noch nicht hinreichend, den chronischen Trinker dauernd abstinent zu machen. Vom ersten Tage an

wird er nach dieser Richtung hin geradezu systematisch bearbeitet, es werden diesbezügliche Vorträge an den Abenden gehalten; die zum Theil recht drastische Abstinenzliteratur bildet eine wesentliche Lectüre für ihn, das Beispiel der Angestellten und älteren Pfleglinge wirkt beständig auf ihn; wenn möglich, wird er schon in der Heilstätte Mitglied eines der Abstinenzvereine, des „blauen Kreuzes“ oder der „Guttempler“.

Nach Entlassung aus der Heilstätte wird er sofort einem der heimathlichen Abstinenzvereine überwiesen, und um das Verhältniss mit der Anstalt noch fester zu knüpfen, hat der energische Verwalter von Ellikon, Bosshardt, noch einen besonderen Abstinenzverein aus früheren Pfleglingen der Anstalt gebildet, der den Namen „Sobrietas“ führt und auch ein eigenes Vereinsorgan besitzt. Es unterliegt keinem Zweifel, dass derartige Einrichtungen, die dem früheren Trinker ermöglichen, sofort nach seiner Entlassung geeignete Gesinnungsgenossen zu finden, im Kreise derselben mit seiner Familie Feste und Zusammenkünfte zu feiern, in denen er immer wieder von Neuem eine Betonung und Bestärkung der Abstinenzidee findet, einen wesentlichen Schutz vor Rückfall bieten.

Obgleich die meisten Angestellten der Heilstätte dem blauen Kreuz angehören, bekanntlich einem im evangelischen Sinne geleiteten Abstinenzvereine, wird doch die religiöse Richtung nicht auffallend betont; ausser kurzen Morgen- und Abendandachten ohne confessionellen Charakter findet nur des Sonntags ein gemeinschaftlicher Kirchgang statt.

Um eine Verabreichung von Alkohol an Pfleglinge der Heilstätte zu verhindern, sind die Wirthe der in der Nähe befindlichen Ortschaften verpflichtet, an dieselben keine Getränke zu geben.

In Ellikon ist die Anstalt sogar telephonisch mit der einzigen Wirthschaft im Orte verbunden, und da der betreffende Wirth als Lieferant der Anstalt verpflichtet ist, hütet er sich wohl, in dieser Beziehung mit der Verwaltung in Collision zu gerathen. Immerhin ist es bei der Art dieser Kranken natürlich, dass sie namentlich in der ersten Zeit auf jede Weise Alkohol zu erlangen suchen und auch Entweichungsversuche anstellen. Eine strenge Beaufsichtigung der Pfleglinge, eine genaue Controlle aller ein- und auspassirenden Personen ist daher auch in einer derartigen Heilstätte durchaus nothwendig; in dieser Beziehung darf man sich keinen Illusionen hingeben, das hat man in der Schweiz auch bald erkannt.

Ein zweites wesentliches Moment für die Heilung der Trunksüchtigen ist die Arbeit, und so werden denn auch in den schweizerischen Heilstätten die Kranken sehr energisch zur körperlichen Arbeit herangezogen. Ich lasse hier die hierauf bezüglichen Paragraphen der Hausordnung in Ellikon folgen:

1. Die Pfleglinge haben in den Wintermonaten um $6^1/_2$ Uhr, im Sommer um $5^1/_2$ Uhr aufzustehen. Vor 9 Uhr dürfen sie nicht zu Bett gehen. — Wenn gewichtige Gründe vorliegen, kann jedoch der Vorsteher eine Ausnahme gestatten. — In den Schlafzimmern müssen bis spätestens $9^3/_4$ Uhr die Lichter gelöscht werden.
2. Das Frühstück wird in den 5 Sommermonaten um $6^1/_2$ Uhr, in der übrigen Zeit um 7 Uhr, das Mittagessen um 12 Uhr, der Kaffee um $3^1/_2$ Uhr und das Nachtessen um 7 Uhr eingenommen. Morgens und Abends wird je eine Hausandacht gehalten, der alle Hausbewohner beizuwohnen verpflichtet sind.
3. Ausgenommen die nicht nach Stunden abzumessende Hausarbeit und die Zeit strengerer Feldarbeiten beträgt die tägliche Arbeitszeit $8^1/_2$ Stunden. Morgens $^1/_2 8$ Uhr und Mittags $1^1/_2$ Uhr wird zur Arbeit geläutet. Während der Arbeitszeit ist der Aufenthalt in den Schlafzimmern den nicht in denselben durch ihnen angewiesene Arbeit beschäftigten Pfleglingen untersagt. Die Arbeitsleistung der Pfleglinge kommt der Anstalt zu gut.
4. Jeder Pflegling ohne Unterschied hat sich den Anweisungen zur Arbeit, welche durch den Vorsteher resp. dessen Gattin oder Gehilfen angeordnet werden, ohne Weiteres zu unterziehen.

Sobald die Pfleglinge von den Folgen des Alkoholismus sich erholt haben und körperlich gekräftigt erscheinen, was meist schon nach kurzem Aufenthalt der Fall ist, werden sie sofort mit Garten- und Feldarbeit beschäftigt. Auch bei Kranken besserer Stände wird hierin keine Ausnahme gemacht. Verweigerung der Arbeit soll nur selten vorkommen, die Aufmunterung und das Beispiel wirkt hier mehr als jede Disciplinarmaassregel, wovon daher auch in solchen Fällen mit Recht Abstand genommen wird.

Im Anfang waren sowohl in Nüchtern wie Ellikon beide Geschlechter vertreten, doch stellten sich bald durch das Zusammenwohnen männlicher und weiblicher Trinker derartige Unzuträglichkeiten heraus, dass man hiervon absehen musste. Es existiren



deshalb in der Ostschweiz gegenwärtig zwei besondere kleine Anstalten für Trinkerinnen: Blumenau bei Steg und Herzogenbuchsee.

Gewisse Elemente, die den Trinkerheilstätten gefährlich zu werden drohten, hat man in neuerer Zeit immer mehr von denselben fern zu halten gewusst; es sind dies jene chronischen, völlig depravirten Alkoholisten, bei denen ein Heilerfolg nicht mehr zu erwarten ist und die durch ihre tiefen ethischen und moralischen Defecte einen unheilvollen Einfluss auf die besseren Elemente ausübten. Es ist auch vom psychiatrischen Standpunkte durchaus verständlich, wenn in der Praxis zwischen diesen beiden Formen, dem heilbaren und unheilbaren Trinker, Unterschiede gemacht und dieselben nicht in den gleichen Anstalten verpflegt werden. Derartige Alkoholisten, die entweder durch ihren pathologischen Geisteszustand zum Alkohol gekommen sind, oder bei denen durch den chronischen Alkoholgenuss bereits so schwere geistige Defecte eingetreten sind, dass sie keine Widerstandskraft mehr besitzen und jeden Heilungsversuch illusorisch machen, werden am besten in Pflegeanstalten verwahrt, wo sie zuweilen noch eine gewisse Arbeitsfähigkeit erlangen können. Da sie auch für die Irrenanstalten sehr unerwünschte Insassen darstellen, so trägt man sich gegenwärtig in der Schweiz mit dem Gedanken, für derartige Kranke besondere Pflegeanstalten in den einfachsten Verhältnissen einzurichten.

Dass in derartigen Heilstätten für Trunksüchtige, mit den Einrichtungen wie Ellikon und Nüchtern, in der That glänzende Erfolge in der Heilung des chronischen Alkoholismus erzielt werden, kann uns nicht Wunder nehmen. Ja es ist zu erwarten, dass die schon jetzt erzielten Erfolge, die sich von Jahr zu Jahr in aufsteigender Staffel bewegen, bei geschickter Verwerthung der bereits gemachten Erfahrungen noch weiter zunehmen werden.

Aus dem letzten Jahresbericht der Heilstätte Nüchtern entnehme ich, dass von den in den Jahren 1891—98 verpflegten Trinkern 23% abstinent blieben, 24% gebessert wurden, während 30% als rückfällig verzeichnet werden. Der Jahresbericht von Ellikon ergiebt über die Jahre 1889—97 folgendes Resultat:

Abstinent blieben 48,7%.
Gebessert, d. h. nicht ganz abstinent 11,5%.
Rückfällig und unbekannt 39,7%.

Die Heilungsergebnisse der verflossenen 10 Jahre zeigen in den

ersten 5 Jahren bei 170 Fällen 37,6% Heilungen,
zweiten „ „ „ 291 „ 62,1 „ „
oder im Durchschnitt 52,9 „ „

Die erhebliche Verbesserung der Heilresultate schreibt man neben dem längeren Aufenthalt in der Anstalt hauptsächlich der wachsenden Gelegenheit zu engerem Anschluss an andere Abstinenten zu.

Vergleicht man hiermit die in Deutschland übliche Trinkerversorgung, die meist nur in einem vorübergehenden Aufenthalt in den Irrenanstalten besteht, sobald acutere Erscheinungen oder durch den chronischen Alkoholismus hervorgerufene Gemeingefährlichkeit eintritt, und deren Resultate in Bezug auf dauernde Heilung des Alkoholismus wohl überall = 0 zu setzen sind, so kann man als Irrenarzt die Errichtung von Trinkerheilstätten nur aufs Wärmste befürworten.



Mittheilungen.

— Auf die in Nr. 28 dieser Wochenschrift gemachte Mittheilung von dem bestehenden Plan der Gründung eines **historisch-psychiatrischen Museums** zurückverweisend, möchten wir uns erlauben an Alle, welche sich dafür interessiren, die höfliche Bitte zu richten, über Gegenstände, welche man beabsichtigt dem zu gründenden Museum einzuverleiben und worunter wir solche im Auge haben, welche den Gang der Entwicklung des Irrenwesens im weitesten Sinne des Wortes zu veranschaulichen und die geschichtlichen Momente und Persönlichkeiten der Psychiatrie in Schrift und Bild darzustellen geeignet sind, gütigst kurze Benachrichtigung an die **Redaction dieser Wochenschrift** einsenden zu wollen.

— **XXX. Jahresversammlung südwestdeutscher Irrenärzte** in Frankfurt a. M. am Sonnabend und Sonntag, den 18. und 19. November 1899. Tagesordnung: I. Referat über die Imbecillität, erstattet von den Herren Sioli-Frankfurt a. M. und Buchholz-Marburg. II. Vorträge: 1. Herr Fürstner-



Strassburg: Zur Behandlung der Epilepsie; 2. Herr A. Hoche-Strassburg: Ueber Zwangsvorstellungen; 3. Herr W. Weygandt-Würzburg: Psychiatrisches zur Schularztfrage; 4. Herr Ransohoff-Stefansfeld: Veränderungen im Centralnervensystem in einem Fall von Verblutungstod; 5a. Herr Sommer-Giessen: Combinirte Messung der relativen und absoluten Zeit bei psychophysischen Vorgängen (mit eventueller Demonstration der betreffenden Apparate in Giessen); 5b. Derselbe: Demonstration des verbesserten Apparats zur Pupillenmessung an Kranken; 6. Herr Kraepelin-Heidelberg: Die psychiatrische Aufgabe des Staates; 7. Herr Aschaffenburg-Heidelberg: Ueber gefährliche Geisteskranke; 8. Herr Reis-Heidelberg: Experimentelle Beiträge zur Kenntniss der Glia; 9. Herr Knoblauch-Frankfurt a. M.: Krankenvorstellung; 10. Herr Alzheimer-Frankfurt a. M.: Ueber Encephalitis subcorticalis chronica; 11. Herr Raecke-Frankfurt a. M.: Ueber Erschöpfungspsychosen; 12. Herr Friedländer-Frankfurt a. M.: Psychose bei Anilismus. III. Vorlegung eines Geschäftsordnungsentwurfs durch die Commission: Herren Ludwig und Kreuser. — Beginn der Versammlung: Sonnabend, den 18. November, Mittags 1 Uhr im Senckenbergischen Institut, grosser Hörsaal, grosse Eschenheimerstrasse. Sonnabend 5 Uhr: Mahl im Hôtel Englischer Hof, Rossmarkt. Sonntag 9 Uhr: Sitzung in der städtischen Irrenanstalt, Feldstr. 78. Näheres durch Herrn Director Dr. Sioli-Frankfurt a. M.

— **Gefängniss und Irrenanstalt.** Die „Nordd. Allg. Ztg." meldet: Dem Bundesrathe sind zur Beschlussfassung zugegangen der Entwurf eines Gesetzes über die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze, sowie der Entwurf eines Gesetzes über **Unfallfürsorge für Gefangene.**

Im deutschen Reiche befinden sich etwa 150 000 Strafgefangene, wovon ein beträchtlicher Bruchtheil nicht beschäftigt werden kann und darf.

Anstalts-Geisteskranke gab es in Deutschland etwa 55 000; nehmen wir an, dass sich nur die Hälfte derselben mehr oder weniger regelmässig beschäftigt, so wären dies ca. 27 500 arbeitende Personen. Die Beschäftigung erstreckt sich auf Land-, Forst-, Ziegelei-, Maurer-, Tischler-, Schuhmacher-, Schneider- und eine Anzahl anderer Arbeiten, auch häusliche. Unfälle können aber auch einem Kranken durch einen anderen zugefügt werden oder in dem Anstaltsbetriebe ihre Ursache haben.

Von den Segnungen der Wohlfahrtsgesetzgebung, deren der Gefangene (auch wenn er eventuell gegen deren Gesetze selbst gefehlt!) theilhaftig wird, kann doch unmöglich ein Geisteskranker, durch das Thor der Anstalt ab- und ausgeschlossen sein, ganz gleichgiltig, zu welchem Zweck er arbeitet, ob ihm die Arbeit (zu seinem eigenen Vortheil, wenn auch nicht zum directen Erwerb) statt Morphium ärztlich in täglich ein- bis achtstündiger Dosis verschrieben wird oder ob er als einfache Maschine ohne geistige Kraft sein Pensum mit kalendermässiger Regelmässigkeit zum Nutzen der Anstaltsverwaltung absolvirt. Und Jedermann weiss, welch' bedeutenden Factor in der Anstaltsbehandlung wie überhaupt in der Behandlung von Nerven- und Geisteskranken eine angemessene Beschäftigung bildet.

Wenn es nicht ausgeschlossen ist, ob wir den Kranken nicht doch später den Seinigen und sich selbst wiedergeben, so dürfte auch dem vorgebeugt werden müssen, dass er nach geschehenem Unfall (und sei die Folge auch nur ein durch Panaritium verkrüppelter Daumen) zwar geistig gesund, aber körperlich invalide ohne Anspruch auf Entschädigung in seine Heimath zurückkehrt. Aber wie selten können wir das mit absoluter Sicherheit ausschliessen? Und steht es nicht zumeist den Angehörigen jederzeit frei, den Kranken, etwa unter Besserung der häuslichen Verhältnisse, nach Hause zu nehmen und ihn selbst als Erwerbsquelle für den Haushalt zu benutzen? Was thun wir, wenn wir in diesem Falle den Verwandten einen körperlich verkrüppelten Kranken zurückgeben? Das natürliche menschliche Empfinden sagt uns, dass ein armer anständiger Geisteskranker mehr Recht hat auf die Unfallfürsorge als 100 der Sorte, die den Staats- und speciell den Wohlfahrtseinrichtungen Hohn sprechen!

Ein vielleicht hierher gehöriger Fall ist uns bekannt geworden. Ein Delirant, Insasse einer Universitäts-Irrenklinik, stürzte sich durch das Zellenfenster, dessen Verschluss nach gutachtlicher Aeusserung nicht zweckentsprechend war und das er selbst geöffnet hatte, auf die Strasse und zog sich einen Oberschenkelbruch zu. Geistig genesen, strengte er Schadensersatzklage an und die betreffende Stadt, welcher die die Klinik bergende Anstalt gehörte, musste den Mann entschädigen.

Die Versicherung der Geisteskranken in öffentlichen Anstalten könnte der Lage der Dinge nach natürlich sich nicht auf den einzelnen Kranken erstrecken, sondern nach Maassgabe der durchschnittlich geleisteten Arbeit und der durchschnittlichen Häufigkeit und Grösse der Gefahren in summarischer Berechnung auf das Krankencontingent als solches.

Mittheilung einschlägiger Fälle bitten wir an die Redaction einzusenden. Bresler.

— Die strafrechtliche Verfolgung von **vorsätzlichen Seelenschädigungen,** wenn man diesen Ausdruck im Gegensatz zur Körperverletzung gebrauchen darf, (im Strafgesetzbuch existirt er wohl bisher nicht) geschieht auf Grund des § 223 betr. die Körperverletzung. Nach einer kürzlich stattgehabten Entscheidung des Reichsgerichts genügt zum Thatbestand der letzteren schon die Störung des körperlichen Wohlbefindens, ohne dass Schmerzen dabei empfunden werden, also die blosse Hervorrufung von Unbehagen. Einem jungen Mädchen war von einem Haarschneider das Kopfhaar um 60 cm gekürzt zwecks geschäftlicher Verwendung der Haare. In der Kürzung der Haare sah das Gericht die Stö-



rung der körperlichen Integrität und in der psychischen Depression, von welcher das Mädchen in Folge dieser That betroffen, die Störung des körperlichen Wohlbefindens. Es erfolgte die Verurtheilung des Thäters.

— Folgenden Handgriff empfiehlt Dr. Newth zur Anwendung bei der **Fütterung abstinirender Geisteskranker:** Der Kranke wird in ganze oder halbe Rückenlage gebracht und der Kopf und Hände festgehalten, desgleichen die Beine, nach Maassgabe seines Widerstrebens. Man steckt den linken Zeigefinger von dem Mundwinkel aus in den Mund des Kranken und spannt die Wange möglichst an; dadurch werden die Musc. orbicularis oris und buccinator verhindert in Action zu treten und der Kranke vermag die eingebrachte Flüssigkeit nicht wieder auszuspucken. Von letzterer werden etwa 2 Esslöffel auf einmal in die von der ausgedehnten Wange gebildete Tasche gegossen und träufeln allmählich durch den genügend weiten Raum hinter dem letzten Backenzahn oder zwischen den einzelnen Zähnen hindurch in den Schlund; noch leichter geht dies von Statten, wo Zähne fehlen. Man brauche also bei der ganzen Procedur nicht die Zahnreihen bezw. die Kiefer gewaltsam auseinanderzubringen. Schluckt der Kranke nicht, so zwingt man ihn durch Zuhalten der Nasenlöcher hierzu bezw. zum Athemholen. — Wenn derselbe nach einiger Zeit merkt, dass sein Widerstreben durch dieses etwas widerwärtige Verfahren zwecklos gemacht wird, entschliesst er sich leicht zur freiwilligen Nahrungsaufnahme. N. hat diese Methode oft mit Erfolg angewandt und die Sondenfütterung erübrigt. (Journ. of Ment. Science 1899, S. 735.)

— **Stephansfeld i. E.** In den letzten Wochen konnten die zwei neuen Villen, eine für Männer, eine für Frauen, deren Bau im vorigen Jahre begonnen und im gegenwärtigen fertiggestellt wurde, bezogen werden. Sie wurden zunächst mit je 45 ruhigen, arbeitsfähigen Kranken der beiden untersten Klassen (wir haben hier fünf Klassen) belegt, doch kann diese Zahl auf 60 erhöht werden. Eine Vermehrung des Krankenbestandes der Anstalt ist dabei nicht beabsichtigt, sondern die Villen sollen nur zur Entlastung der älteren, übermässig belegten Abtheilungen dienen. Die Behandlung in den Villen ist eine völlig freie; die Frauenvilla liegt ganz ausserhalb des bisherigen Anstaltsgebietes an der Landstrasse Strassburg-Zabern. Die Kosten für eine Villa — ohne Platz, der schon vorher der Anstalt gehörte, und ohne innere Einrichtung — betragen ca. 75 000 Mk.

— Eine Umfrage, in welcher Weise an den Irrenanstalten der Bedarf an **Closettpapier** gedeckt wird, hat ergeben, dass dazu überwiegend Zeitungen Verwendung finden, die an einigen Anstalten zu diesem Zwecke als Maculatur in entsprechenden Mengen angekauft oder in so grosser Zahl abonnementsmässig gehalten werden, dass sie nach dem Gebrauche als Lectüre den obigen Nebenzweck ausreichend erfüllen. Diese Sparsamkeit, wenn es wirklich auf eine solche hinausläuft, hat aber bereits da und dort Bedenken weichen müssen, auf die näher einzugehen sich hier erübrigt. Unter Anderem weiss ja Jeder, dass manche Tageszeitungen so geistig arm sind, dass ganze Spalten nichts Anderes als eine Liste von Schandthaten und Unglücksfällen, Verhaftungen etc. etc., einige von ihnen ausserdem nicht selten die verleumderischsten und aufreizendsten Angriffe gegen die Anstalten und deren Aerzte enthalten, die vom seelenärztlichen Standpunkte nichts weniger als geeigneten oder über die Nothwendigkeit der Controle erhabenen Lesestoff darstellt.*) Einige Anstalten, aber im Ganzen wenige, benutzen denn auch das fabrikmässig hergestellte Closettpapier ausschliesslich oder, wenigstens auf gewissen Abtheilungen, neben den in Stücke geschnittenen und in Kästen im Closettraum befindlichen Zeitungen, und es ist dies erstere jedenfalls vorzuziehen.

Es sei nebenbei bemerkt, dass z. B. die Strafanstalten (das tertium comparationis ist natürlich nur das „Internat"!), soweit meine Umfrage sich erstreckte, überhaupt keine Zeitungen, sondern nur eigentliches Closettpapier benutzen, z. B. die Strafanstalt zu Striegau in Schlesien den sogen. „grauen Wollschrenz", 1000 Bogen franco Anstalt 4 Mk. (von der Firma R. Klippgen & Co. in Dresden), was jedenfalls sehr billig ist. Bresler.

— **Von einer Revolte in der städtischen Irrenanstalt zu Dalldorf,** die am 28. v. M. stattgefunden, schreibt das Berliner Tageblatt:

Die „schweren Verbrecher", d. h. solche, die Zuchthausstrafen von mindestens 5 Jahren und mehr zu verbüssen haben, werden, falls sie geisteskrank geworden sind oder Irrsinn simuliren, nach dem Pavillon V der städtischen Irrenanstalt zu Dalldorf überführt. Dieser Pavillon enthält einen grossen Saal, in welchem die Kranken oder „wilden Männer" gemeinschaftlich untergebracht sind. Zur Zeit befinden sich in demselben 42 Gefangene. Wiewohl das in der Anstalt verabfolgte Essen sehr gut ist, waren die Insassen des Pavillons V nicht mit demselben zufrieden; denn als Sonnabend, den 28. v. M. Nachmittags nach der erfolgten Vertheilung der Speisen der Oberwärter den Saal betrat, wurde ihm plötzlich von einem der Insassen ein Teller an den Kopf geworfen, und gleichzeitig erklärten sämmtliche Irren,

*) Ein Beweis dafür, dass die Tagespresse selbst für diesen ihren psychohygienischen Uebelstand Verständniss besitzt, sei die Thatsache, dass die Leitung eines unserer grössten Tagesblätter (m. E. sogar das grösste und vielseitigste, auf welches obiger Vorwurf gar nicht einmal zutrifft) auf meine auf diesen Punkt bezügliche Anregung erwiderte: „Wir sind Ihnen für Ihre Mittheilung sehr dankbar. Sie enthält einen Reformplan für unsere Zeitung, den wir auf das Ernsthafteste in Erwägung ziehen werden . . ." und die Verwirklichung der mitgetheilten Idee für die nächste Zeit in Aussicht stellt. Wir kommen gelegentlich hierauf zurück.



dass sie besseres Essen haben wollten. Gleichzeitig zertrümmerten sie die Fenster, schlugen die Fensterkreuze aus, und während der Oberwärter das Allarmsignal geben liess, zerschlugen die Aufrührer die im Saale befindlichen Möbel. Durch den Allarm kamen sämmtliche Anstaltswärter hinzu, und diesen gelang es, durch Zureden und Versprechungen die Aufgeregten zu beruhigen. Aber nur für kurze Zeit, nach etwa 20 Minuten begannen die Irren von Neuem zu toben, sie zündeten die Strohsäcke ihrer Betten an und verlangten die Lieferung von Matratzen, sowie die Enthaftung des Verbrechers Erpel. E., der sich bekanntlich in Dalldorf seit einigen Wochen befindet, ist vorläufig in einer Einzelzelle internirt, und die Rebellen forderten nun, dass ihr Genosse ebenfalls nach dem gemeinschaftlichen Saal überführt werde. Der Brand nahm keinen grösseren Umfang an, er wurde mit den in der Anstalt befindlichen Löschvorrichtungen unterdrückt, bevor noch die Dalldorfer freiwillige Feuerwehr zur Stelle war. Nunmehr wurden die Haupträdelsführer in Detentionszellen untergebracht. Die sofort eingeleitete Untersuchung ist bisher resultatlos verlaufen, da die Verbrecher sich weigern, die Anstifter zu der Revolte — denn dass hier ein planmässiger Aufruhr vorlag, ist zweifellos — anzugeben. Gestern (Sonntag) herrschte im Verbrecherflügel vollkommene Ruhe, und es sind ausreichende Maassnahmen getroffen, um die Wiederholung derartiger Scenen zu verhindern. Ein gemeinsamer Ausbruchsversuch ist zweifellos nicht geplant gewesen, da die Verbrecher sehr genau wussten, dass die Wärter Schlüssel zu den Hauptthoren der Anstalt nicht bei sich führen, ein Uebersteigen der 5 m hohen Anstaltsmauer jedoch ohne Hilfsmittel unmöglich ist. —

Nachträglich verlautet noch, dass die betreffenden Kranken durch die Entlassung zweier Wärter, die einen Kranken schlecht behandelt hatten, übermüthig geworden seien. Eine authentische Nachricht, um die wir gebeten hatten, ist uns leider nicht zugegangen.

— **Erweiterungsbauten auf dem Grundstück der Berliner städtischen Anstalt für Epileptische.** Zwei Ueberwachungshäuser und ein Wohnhaus nebst Verbindungshalle auf dem Grundstück der städtischen Anstalt für Epileptische im Wuhlgarten sollen ehestens errichtet werden. Die Neubauten sollen für 100 Männer und 60 Frauen Raum geben; an Kosten sollen nach dem Bericht des städtischen Bauamts 925000 Mk. erwachsen. Als Motiv für den dringlich erachteten Neubau wird Folgendes angegeben: Nach dem Verwaltungs- und Bauprogramm war zur Unterbringung der Kranken, der siechen und sonst einer besonderen ärztlichen Ueberwachung unterstellten Epileptiker, sowie derjenigen, die vorübergehend oder längere Zeit sich in einem tobsüchtigen, verwirrten Zustande befinden, oder besonders reizbar und zu gefährlichen Handlungen geneigt sind, für jedes Geschlecht ein geschlossenes Haus mit fünf untereinander getrennten Abtheilungen vorgesehen; jedes Haus sollte 120 Kranken Unterkunft gewähren. Es stellte sich schon bald heraus, dass die Räume für die gemeingefährlichen Epileptiker unzureichend waren; in Folge dessen sind in diesen Häusern mehr gemeingefährliche Kranke untergebracht, als für Behandlung, Ordnung und Sicherheit unbedenklich ist. Am 1. Oktober d. J. befanden sich 163 Männer und 126 Frauen in diesen Häusern. Hierunter sind besonders diejenigen in der Behandlung schwierig, die durch ihre verbrecherische Vergangenheit, ihren Aufenthalt im Gefängnisse und im Zuchthause ihre schlimmsten Neigungen entwickelt haben, und solche, die sich zusammenrotten, Complotte schmieden und Zank und Zwist erregen, so dass die ganze Abtheilung aufrüherisch wird. Den unangenehmen Folgen konnte nur dadurch begegnet werden, dass die Anstifter der Unruhen immer wieder auf eine andere Abtheilung gebracht wurden, diese sind aber mit solchen Kranken zu reichlich versehen und nicht derartig eingerichtet, dass ohne Inanspruchnahme der Zellen eine zeitweilige Absonderung solcher störenden Elemente vorgenommen werden kann. Eine Anhäufung gefährlicher, sehr erregbarer Kranker auf einer Abtheilung muss vermieden werden, da sonst die Streitigkeiten, Prügeleien und gegenseitige Aufregungen niemals aufhören, und der Zweck der Anstaltsbehandlung durch die fortgesetzte Entfachung der Leidenschaften vollständig verfehlt wird. Hierzu kommt noch, dass die Zellen in die Häuser hineingebaut sind und nebeneinanderliegen; über diesen befinden sich einfenstrige Schlafzimmer. Durch die Unruhe und den Lärm der Abgesonderten werden sämmtliche Insassen, auch die in den Häusern wohnenden Angestellten und deren Familien in Mitleidenschaft gezogen. Die Verwaltung ist dabei wiederholt gezwungen gewesen, einzelne Kranke, die die grössten Vorsichtsmaassregeln erheischen, und bei denen durch die Behandlung mit Arznei und anderen Maassnahmen eine Besserung nicht zu erzielen war, nach einer der beiden Irrenanstalten überzuführen. Hiermit ist der Uebelstand verbunden, dass bei der Eigenart der Epileptiker nach dem Zustande der Gemeingefährlichkeit wieder für längere Zeit Beruhigung eintritt, während welcher ein Verbleiben der Kranken unter den Irren vom ärztlichen Standpunkte nicht zu billigen ist. Aus allen diesen Gründen werden die städtischen Behörden seitens der Anstaltsdirection gebeten, mit dem Erweiterungsbau nicht zu zögern. (Berl. Local-Anz.)

Personalnachricht.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

— Ueckermünde. Am 1. October hat der bisherige Volontairarzt Sprengel die Anstalt verlassen, um seiner Militärpflicht zu genügen. An seine Stelle ist am 1. November Dr. Dingel, bisher an der Richter'schen Anstalt in Pankow, getreten.

Berichtigung.

In voriger Nummer S. 295, 4. Zeile von unten muss es heissen statt plötzlich anders — nicht plötzlich anders.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 34. 18. November 1899.

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Die Reform des Irrenwesens in Niederösterreich und die neue Irrenanstalt in Mauer-Oehling.

Von Dr. *Jos. Starlinger*, Primararzt der niederösterreichischen Landesirrenanstalt in Wien.

Laut Statut der niederösterreichischen Landesirrenanstalten müssen unheilbare, harmlose Kranke in die Armenversorgung (d. i. Gemeindeversorgung) abgeschrieben werden. Diese Versorgung ist aber besonders auf dem Lande höchst primitiv und besteht nicht selten nur oder wenigstens zumeist in der sogenannten Einlage, wo die betreffenden Gemeindearmen von Haus zu Haus geschickt werden. Für Geisteskranke ist jedoch diese Ortsverpflegung gesetzlich verpönt und diejenigen Gemeinden, die keine eigenen Versorgungshäuser besitzen, müssen um Aufnahme dieser Kranken in die Landessiechenhäuser ersuchen. Die Folge davon war, dass sich im Laufe der Jahre eine ziemliche Anzahl solcher Kranken in den Landessiechenanstalten ansammelte und dort nicht blos in räumlicher Beziehung, wie auch ihrer Anlage nach bald zu unerträglichen Unzukömmlichkeiten führte, die dringend Abhilfe erheischte. Eben dieser Umstand hat den niederösterreichischen Landesausschuss veranlasst, die Errichtung einer eigenen Anstalt für Geistessieche in Vorschlag zu bringen.

In der Landtagssitzung vom 10. Februar 1896 wurde demgemäss beschlossen: Aus Anlass der bevorstehenden Feier des 50jährigen Regierungsjubiläums Sr. Majestät des Kaisers Franz Josef I. eine Landessiechenanstalt mit der Widmuug für nach Niederösterreich (einschliesslich der Stadt Wien) zuständige unheilbare, nicht gemeingefährliche Geisteskranke mit einem Belegraum für 600 derlei Kranke zu errichten und hierfür einen Betrag von 455000 fl. zu widmen.

In theilweiser Abänderung dieses Beschlusses wurde in einer späteren Sitzung des Landtages (12. Februar 1897) der Belegraum auf 1000 erhöht und die Kosten, je nachdem, ob ohne oder mit Centralanlagen für Beheizung und Beleuchtung, mit 1278000 resp. 1317000 fl. festgesetzt.

Gegen diese Centralisirung der Irrensiechen haben sich von Anbeginn an mehrfache Bedenken erhoben.

Der moderne Zug der freien Behandlung in den Irrenanstalten knüpft sich vielfach an die Ablenkung, die durch die Beschäftigung der Kranken erzeugt wird. Fast ausschliesslich gilt dieses Bestreben für Irrensieche und dieselben sind desshalb für die Anstalten mit Colonialarbetrieben unentbehrlich, weil sie dort den Grundstock der Arbeitskräfte abgeben. Für diese Anstalten war schon der bisherige Modus



der Abschiebung von ruhigen und harmlosen Kranken in die Versorgung eine äusserst erschwerende, administrative Nöthigung, da sie ihnen die verlässlichsten Elemente für ihre Arbeiten raubte. Man musste daher mit Recht befürchten, dass diese angestrebte Centralisirung diesen Uebelstand vielleicht noch verschlimmere, ja den ganzen so wohlthätigen Betrieb von landwirthschaftlicher Beschäftigung in den Irrenanstalten in Frage stelle.

Dazu kommt noch, dass durch diese Centralisirung in einer einzigen Anstalt ein ewiges Hin- und Hertransportiren von Kranken zwischen Siechen- und Irrenanstalten sich hätte einstellen müssen, wollte man den Charakter beider Art Anstalten stets möglichst rein erhalten.

Diese Umstände bestimmten den niederösterr. Landesausschuss, nach eingehenden eigenen Studien und Informationen diesen Plan fallen zu lassen und eine durchgreifende Reform des gesammten Irrenwesens in Niederösterreich ins Werk zu setzen, deren erster Programmpunkt die officielle Anerkennung und Durchführung der gemischten Heil- und Pflegeanstalten enthält. Bisher bestand in Niederösterreich, wenn auch nicht immer de facto, so doch de jure, die Trennung der Heil- und Pflegeanstalten, jetzt ist aber nicht bloss die Verbindung dieser officiell ausgesprochen, sondern noch die Siechenabtheilung organisch zum Ganzen beigezogen worden.

Die erste Folge dieses Standpunktes war das Fallenlassen der projectirten Siechenanstalt in Mauer-Oehling und deren Ersetzung durch eine moderne, complette Irrenanstalt.

So erfreulich diese nächste Folge an sich schon ist, so liegt doch das hervorragende Moment vorzüglich darin, dass mit der Errichtung dieser Anstalt ein weitausblickender Reformzweck sich verbindet, der geeignet ist, dem Irrenwesen in Niederösterreich für Jahre hinaus nicht bloss eine sachgemässe und planmässige Entwicklung zu sichern, sondern obendrein noch in der Angliederung der Siechenabtheilung für jede Anstalt oder Anstaltscomplex der Idee der Irrenfürsorge in wahrhaft grossartiger Weise gerecht zu werden, um die das Land vielfach beneidet werden mag.

Die gesicherte planmässige Entwicklung des niederösterreichischen Irrenwesens ist hauptsächlich in dem Umstande gegeben, dass jede Anstalt oder Anstaltscomplex mit einer eigenen Colonie ausgestattet wird.

Damit sind aber einerseits moderne Neubauten verknüpft, wie insbesondere auch die Anbahnung der familialen Irrenpflege geschehen, da, wie die diesbezügliche Landesausschussvorlage mit Recht bemerkt, die Colonie die Prüfstätte für die familiale Irrenpflege abgiebt.

So wäre denn dank dieser durchgreifenden Reform das niederösterreichische Irrenwesen wieder auf eine Höhe gehoben, das nicht bloss den Vergleich mit allen übrigen Ländern und Staaten ungeschmälert aushält, sondern in mancher Beziehung sogar als modernes Muster dienen kann, zum Wohle der Kranken, zur Ehre des Landes und zum dauernden Ruhme seiner derzeitigen Vertreter.

Dass die Durchführung dieser Reform mit der Errichtung der Landes-Irrenheil- und Pflegeanstalt in Niederösterreich eingeleitet wird, giebt dieser Anstalt selbst noch eine besondere und dauernde Bedeutung als Eckstein und Ausgangspunkt einer neuen Epoche.

Die Irrenheil- und Pflegeanstalt in Mauer-Oehling ist das Product mehrfacher Expertisen zahlreicher Fachleute. Was immer zur Begutachtung specieller Fachkenntnisse bedurfte, wurde besonderen Experten zuerst vorgelegt. Wohl selten dürfte eine Krankenanstalt jemals so eingehend erwogen worden sein als diese Jubiläumsanstalt.

Es ist nicht Zweck dieser Zeilen, einen eingehenden Bericht über diese neue niederösterreichische Landesirrenanstalt hiermit zu liefern, das wird nach Fertigstellung derselben von officieller Seite mit aller Detailirung geschehen.*) Da sich aber das Interesse für diese Anstalt bereits manchenorts zu regen beginnt, dürfte ein kurzer Bericht über den derzeitigen Bauzustand nicht unwillkommen sein.

In schmucker Form mit leicht secessionistischem Gewande (lichte Färbung und hellgrüne Jalousien) kann man schon jetzt vom Bahnzuge weg einzelne Krankenpavillons fertig erblicken, die vom dunkleren Waldrand sich frei und hübsch abheben, und Verfasser selbst erinnert sich noch lebhaft des erstaunten Gesichtsausdruckes eines Mitreisenden, der auf die Frage, was denn das für eine neue Villenanlage sei, zur Antwort erhielt: „eine neue Irrenanstalt." Der Eindruck einer Villenanlage jetzt, wo noch keine Centralanlagen mit ihren unvermeidlichen Schloten sich unliebsam dazwischen drängen, wird um so natürlicher, als eine vorsorgliche Bauleitung schon vergangenen Jahres die zukünftigen Parkwege aus-

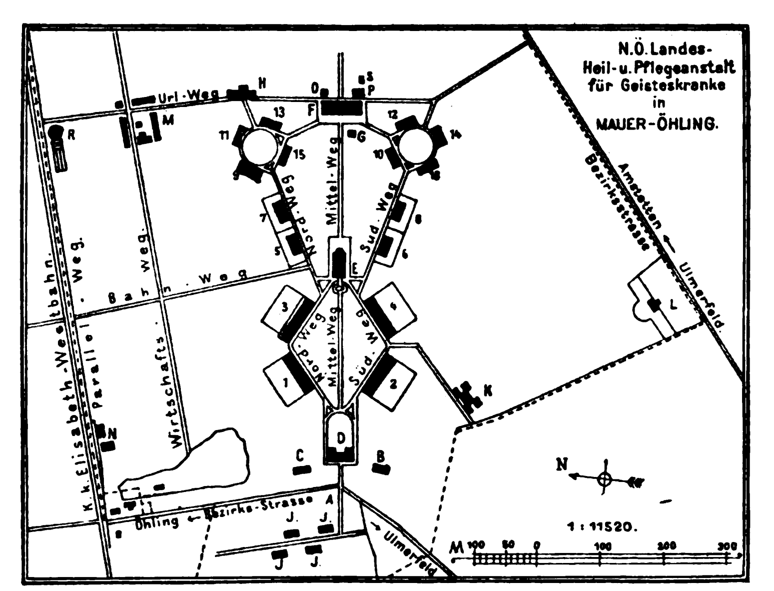
*) Ein Modell hiervon war bereits in der Jubiläumsausstellung 1898.



schottern liess und an den Seiten bepflanzte. Ein freies und angenehmes Heim soll es werden, möge das gelingen und dauern.

Das Anstaltsterrain ist mit dem dazu gehörigen Waldtheil in einem Ausmaass von ca. 160 Joch vollkommen eben. Der Boden besteht*) aus einer mit leichtem Schotter gemengten Humusdecke in der Stärke von 30 cm, dann aus einer 6 bis 9 m tiefen Schotterlage und schliesslich einer Tegelschicht. Der Grundwasserstand reicht höchstens bis 9 m unter die Oberfläche.

Das Anstaltsgebiet liegt hart an der Eisenbahn Wien-Linz, etwa 6 km oberhalb dem Städtchen Amstetten in der Nähe der beiden Ortschaften Mauer und Oehling und der Haltestelle gleichen Namens, von der ein Industriegleis zur Anstalt abzweigt.



Legende: *A* Haupteingang. *D* Directionsgebäude. *B* und *C* Wohnhäuser für Aerzte und Beamte. *E* Kapelle und Gesellschaftshaus. *G* Wohnhaus der Ordensschwestern und des Seelsorgers. *F* Küche und Wäscherei. *O* Eishaus. *P* Maschinenhaus. *H* Werkstättenhaus. 1 bis 16 Krankenhäuser (die nördlichen für Männer, die südlichen für Frauen) und zwar 1, 2, 3, 4 Krankenhäuser für je 100 streng zu überwachende Geisteskranke; 5 und 6 Krankenhäuser für je 50 theilweise zu überwachende Geisteskranke; 7 und 8 Krankenhäuser für je 50 theilweise zu überwachende Geisteskranke besserer Stände; 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 Krankenhäuser für je 50 beschäftigungsfähige Geisteskranke (Colonie). *L* Anstaltsfriedhof mit Leichenhaus. *M* Wirthschaftshof. *N* Frachtenmagazin. *J* Pflegerhäuser (Pflegerdorf). *K* Lazareth. *R* Reinigungsanlage für Fäcalien und Schmutzwässer. *S* Desinfector.

Das ganze Gebiet wird im Norden und Nordwesten durch eine sanft ansteigende Hügelkette gegen die herrschende Windrichtung geschützt. — Aus nahen Quellen fliesst überreiches herrliches Trinkwasser.

Aus beistehendem Situationsplane**) ist die Gruppirung der Objecte, sowie an der Hand der Legende ihre specielle Bestimmung ohne weitere nähere Beschreibung leicht und anschaulich zu erfassen.

Hervorzuheben wäre nur, dass alle Gebäude, die einem irgendwie störenden Zwecke dienen (Küche, Kessel-, Werkstättenhaus etc.) ganz nach hinten gerückt sind, um alles Lärmende und Belästigende von den Krankenabtheilungen möglichst fern zu halten und Durch- und Zufuhren möglichst zu vermeiden.

Die Anstalt soll Centralheizung und elektrische Beleuchtung erhalten und für den Fäcalienabfall durch Schwemmcanalisation mit Rieselfelderanlage vorgesorgt werden.

Die Krankenpavillons 3 und 9, sowie das Werkstättengebäude wurden zur Erprobung der Typen schon heuer im Frühjahr fertiggestellt, alle übrigen Objecte sollen*) noch heuer wenigstens unter Dach kommen. Fertig ist weiter die gesammte Wasserbeförderungsanlage, die Zuleitung des Trinkwassers zu allen Objecten und die Rollbahn, welche sämmtliche Bauplätze berührt.

In Allem wird die ganze Anstalt ca. 30 Objecte umfassen, darunter 16 Krankenhäuser mit einem Belagraum für 1000 Patienten. Der Kostenvoranschlag wurde mit rund 2 Millionen Gulden angenommen.

Die Anstalt wird in Eigenregie des Landes aufgeführt unter der Bauleitung des Herrn Director Krayatsch von Kierling, des Herrn Inspector Gerenyi und des Herrn Landesbaurathes Boog.

Unter welch' richtiger Voraussicht die Siechenanstalt aufgegeben und eine Irrenanstalt dafür errichtet wird, das tritt von Tag zu Tag offenkundiger hervor in der zunehmenden Ueberfüllung der bestehenden Anstalten, und dass, bevor noch das neue Heimathsgesetz in Wirksamkeit ist, mit dessen Inkrafttreten die Vermehrung der Aufnahmen noch

*) Landtagsvorlage 1897.

**) Eine glückliche Lösung der Gruppirung durch Herrn Landesbaurath Boog.

*) Nach einer freundlichen Mittheilung des Herrn Inspector Gerenyi.

wesentlich erhöht werden wird. — Zum Ende des nächsten oder wenigstens zu Beginn des zweitnächsten Jahres soll die Anstalt bereits belegt werden.

Zu Beginn des XX. Jahrhunderts werden dann auf niederösterreichischen Territorien drei Irrenanstalten stehen als sprechende Denkmale des Irrenwesens und seiner Geschichte. Es sind dies der alte Irrenthurm aus dem Jahre 1784, die Wiener Irrenanstalt aus den Jahren 1848—1853 und endlich die Anstalt in Mauer-Oehling. Sie illustriren in ihren Ursprüngen die drei Abschnitte der Irrenbehandlung: die Bändigung, Wartung und Pflege der Geisteskranken.



Trunksucht nach englischem und amerikanischem Gesetz.

(Deutsches B. G.-B. § 6[3].)

Von Sanitätsrath Dr. *Kornfeld*-Grottkau (Schlesien).

Clark Bell: Med. Jurisprudence on inebriety. New York 1888. (Sammelforschung.)

I. Civilrecht.

Sinnlose Betrunkenheit und delirium tremens wird als Geistesstörung angesehen. Bei habitueller Trunksucht kann der Lordkanzler, auf Grund von ihm veranlasster Ermittelungen, die Bewachung oder die Controlle einer Person und ihres Eigenthums anordnen. Die Ver. Staaten haben eben diese Befugniss verschiedenen Gerichtshöfen ertheilt. Alle Contracte von gerichtlich für Gewohnheitstrinker Erklärten sind im Staate New York eo ipso nichtig, und nach Einsetzung einer Curatel auch dann, wenn sie diese im nüchternen Zustande abgeschlossen haben.

II. Strafrecht.

Totale oder partielle Aufhebung des Bewusstseins durch Trunk gilt als willkürlich verursachte Geistesstörung und enthebt den Thäter nicht von den Folgen einer in diesem Zustande begangenen Gesetzverletzung. Einzelne Richter haben die Geschworenen sogar dahin instruirt, dass dieselbe erschwerend wirkt. Wenn indess die Absicht nothwendig ist zur Constituirung des Verbrechens, so muss ihr Vorhandensein geprüft werden. (New York: Willkürliche Trunkenheit bis zum Wahnsinn gesteigert, vertheidigt nicht bei unprovocirtem Todschlag. Alkoholismus wird nur in der Form des delirium tremens als Krankheit angesehen.)

Aus obigen Aufsätzen heben wir übrigens hervor den von Baker, Director eines Nerven-Invalidenheims. Er hält ausgesprochene Trunksucht für eine unheilbare Krankheit. In der Discussion erklärte indess der Richter Noel Davis, dass Krankheit nie einen Verbrecher unverantwortlich macht und dass also eine solche Krankheit auch nur event. mildernde Umstände veranlassen wird.

Das B. G.-B. hat bez. der Trunksucht die erhebliche Verbesserung gebracht, dass eine Entmündigung unter Umständen stattfinden kann. Indess strafrechtlich klafft eine Lücke nach wie vor.

Dem Gerichtsarzte wird es daher wie bisher vorkommen, dass ein Trinker wegen einer gemeingefährlichen Handlung vor Gericht, wohl regelmässig auf Antrag der Vertheidigung, zu begutachten ist. Gerade hier findet sich häufig ein Gegensatz der Sachverständigen; und die event. Unterbringung in einer Anstalt zur Beobachtung giebt oft genug keinen Aufschluss über den Geisteszustand zur Zeit der That bei Jemandem, der unter der gezwungenen Abstinenz sich vollkommen ordnungsmässig dort aufführt. Angenommen, wie Verf. mehrmals erfahren hat: Das eine Gutachten betr. Geistesstörung zur Zeit der That wird vorgezogen; er, der Thäter, nach Hause entlassen. Jetzt soll er auf Antrag des Staatsanwalts entmündigt werden; aber der Termin giebt ein negatives Resultat, weil potator sich in letzter Zeit zusammengenommen hat; oder der schon Entmündigte beherrscht sich dann längere Zeit, so dass die Entmündigung wieder aufgehoben wird. Thatsächlich besteht die Zwickmühle weiter. Neue Excesse im Alkoholrausch; wiederum Anklage; neue Begutachtung. Nun scheint allerdings nach dem B. G.-B. die Entmündigung eines Säufers möglich. Aber was ist strafrechtlich damit gewonnen? In alten Zeiten musste der Einsperrung in eine Irrenanstalt die Blödsinnigkeitserklärung vorausgehen. Dann sollte sie bei jeder geisteskranken Person erfolgen. Allmählich wurde sie immer mehr beschränkt auf die Fälle, in denen



vermögensrechtliche Objecte in Frage kommen, obschon die Gerichte bezw. Staatsanwaltschaften noch jetzt sich sehr verschieden zu der Frage nach dem Bedürfnisse der Einleitung einer solchen verhalten. Nun ist es ja nicht fraglich, dass der Vormund den Aufenthaltsort des Mündels pflichtmässig bestimmen, also diesen event. einer Irrenanstalt übergeben kann. Fraglich ist nur, ob die Anstalt nach dem bestehenden Gesetze einen wegen Trunksucht für „Geschäftsunfähig" Erklärten, bei dem ein Arzt zur Entmündigung gar nicht herangezogen zu werden braucht und wohl recht oft nicht werden wird, behalten darf? Wird also dieser Entmündigte im sinnlosen Rausch das Gesetz immer wieder übertreten, wenn das auch bei nunmehriger Entziehung der Geldmittel um so viel seltner stattfinden wird, so kann er nicht ins Gefängniss kommen und nicht in der Irrenanstalt behalten werden. Hieraus folgt ohne Weiteres, dass strafrechtliche Trunksucht für im Rausche begangene Verbrechen keinen Freibrief geben und eine Annäherung unserer Gesetzgebung an die englische Auffassung nicht zu entbehren ist.



Mittheilungen.

— **X. Congress der italienischen psychiatrischen Gesellschaft in Neapel vom 10.—14. October 1899.** In Gegenwart der städtischen Behörden von Neapel wurde der Congress von Prof. A. Tamburini, dem Vorsitzenden, mit einer Ansprache eröffnet, in welcher er über die während der letzten drei Jahre in Italien auf dem Gebiete der Irrenfürsorge gemachten Fortschritte einen Überblick gab, speciell erwähnte er die Errichtung neuer Anstalten, darunter die zu Neapel, die Verbesserung der alten, die Entwicklung der psychiatrischen Universitätskliniken und den Stand des psychiatrischen Unterrichts. Begrüssungstelegramme gingen ein vom Minister Bacelli, vom Justizminister, vom Director des Reichsgesundheitsamtes sowie von vielen in- und ausländischen Gelehrten. Zum Congressvorsitzenden wurde erwählt Prof. Leonardo Bianchi-Neapel und zu Schriftführern seine beiden ältesten Assistenten Dr. Colucci und Capriati.

Es fand nun die Berichterstattung statt über die vier Hauptthemata, welcher die zahlreichen Vorträge aus dem Gebiete der Experimentalpsychologie, der normalen und der pathologischen Anatomie des Nervensystems, der Therapie, der forensischen Psychiatrie, der Irrengesetzgebung, der Anstaltsverwaltung etc. folgten. Ich will mich mit dieser Mittheilung auf die Wiedergabe dessen beschränken, was dem Programm der „Psychiatrischen Wochenschrift" entspricht, und das rein Theoretische bei Seite lassen.

Erstes Thema: Über die in den Anstalten und Kliniken anzuwendenden praktischen Methoden für die Untersuchung des Geisteszustandes. Referent: G. C. Ferrari (Reggio-Emilia). F. legt ein Schema vor zur klinischen und experimentellen Untersuchung des Geisteskranken, welches hinsichtlich der Exploration nach den Methoden von Kraepelin und Sommer aufgestellt ist und nach Art der „mental tests" bezüglich des psychologischen Experiments. Colucci, de Sanctis, Bianchi, del Greco, Angiolella, Mirto nahmen an der Discussion Theil; sie fanden alle, dass das vorgeschlagene Schema sich zum praktischen Gebrauch in den Anstalten nicht eigene.

Die beiden Sitzungen des 11. October waren speciell der normalen und pathologischen Anatomie des Nervensystems gewidmet. Das zweite allgemeine Thema lautete: Welche Aufschlüsse geben und versprechen zu geben die neueren Thatsachen der Anatomie für die normale und pathologische Psychologie? Ref. Lugaro (Florenz). Ein interessantes Referat, das aber von Seiten Colucci's, Fragnito's, de Sanctis', Bianchi's, Grimaldis', Zuccarelli's, Ventra's viel Widerspruch erfuhr. Lugaro vertrat die Theorie der Neurone, die Hypothese der Chemotaxis (Ramón y Cajal's), der Flechsigschen Lehre von den Localisationen der höheren geistigen Thätigkeiten und stellte eine Hypothese über die Localisation des Bewusstseins und der affectiven Phänomene auf.

Am 12. October wurde die Provinzialirrenanstalt zu Neapel besichtigt, deren Bau zwar noch nicht beendet ist, sowie die Privatanstalt Fleurent und die neuesten hygienischen Schöpfungen der erwähnten Stadt. Am 13. October fanden die Vorträge aus dem Gebiet der Nerven- und Psychopathologie, der Aetiologie und Therapie statt, nachdem zuvor über das dritte allgemeine Thema verhandelt war, welches lautete: Ueber die Bedeutung der Intoxicationen und Infectionen bei den Geistes- und Nervenkrankheiten, auch mit Rücksicht auf die Therapie. Referenten: D'Abundo (Palermo) und Agostini (Perugia). Letzterer giebt die historische und kritische Uebersicht über diese Frage; ersterer erörtert das Thema wissenschaftlich unter Mittheilung zahlreicher eigener Beobachtungen. Aus der Discussion ergab sich, dass über den grossen ätiologischen Einfluss der Intoxication Alle übereinstimmten, dagegen der Prädisposition wesentlich Rechnung tragen zu müssen glaubten.

Von den Vorträgen nahmen besonderes Interesse in Anspruch der von S. de Sanctis über die Pflege und Erziehung schwachsinniger Kinder; Vortr. macht



specielle Vorschläge für die Fürsorge für bildungsfähige schwachsinnige Kinder, nämlich die Errichtung von Anstaltsschulen oder Erziehungsinstituten, welche die Mitte bilden würden zwischen dem medicinisch-pädagogischen Institut und den Hilfsschulen, welche in Deutschland, England, Amerika und anderen Ländern functioniren. Er weist die öconomischen und pädagogischen Vortheile dieser von ihm geplanten Erziehungsinstitute nach und giebt eine eingehende Beschreibung eines solchen an der Hand der von ihm in Rom in dem dortigen Erziehungsheim gemachten Erfahrungen; er zeigt auch den von ihm für letzteres entworfenen Fragebogen herum. Bianchi, Venturi, Zuccarelli, Grimaldi, Del Greco Colucci, Tamburini betheiligen sich an der Discussion. Tamburini schlägt mit Rücksicht auf die Wichtigkeit der Frage als allgemeines Thema für den nächsten Congress vor: Ueber die Kriterien und die Art der Erziehbarkeit der defecten und schwachsinnigen Kinder. Referenten: De Sanctis und Colucci.

Am 14. October wurde das letzte allgemeine Thema besprochen: Wie muss sich die Psychiatrie mit dem Studium des Individuums und seiner Fähigkeiten in deren Beziehungen zur Gesellschaft beschäftigen und welche praktischen Folgerungen in individueller und socialer Hinsicht muss sie daraus ziehen? Prof. Venturi, der geistreiche Vortragende, bekannt wegen seiner originellen Ansichten, theilt die Geisteskranken in drei Categorien ein. 1. die Schwachsinnigen, für die er eine specielle Erziehung will; 2. die hauptsächlich durch toxische Einflüsse geistig Erkrankten (Störungen in der individuellen Persönlichkeit), für welche die Irrenanstalt da ist; 3. Kranke, welche als solche nur erscheinen so lange und weil sie in der menschlichen Gesellschaft leben müssen (Störungen der socialen Persönlichkeit): letztere brauchten nicht in der Irrenanstalt zu sein; die Gesellschaft müsste für sie ein künstliches sociales Milieu schaffen und sich ihre einseitigen Fähigkeiten zu Nutze machen. Venturi's Vorschläge sind voll zweckmässiger Ideen, was ihre Anwendung bei politischen Verbrechern, bei epidemischen Geistesstörungen, die Pseudogenies etc. anlangt. Discussion: Del Greco, Zuccarelli, Angiolella, Grimaldi.

Unter den Vorträgen erscheinen wichtiger der von Meschede, welchen Tamburini las: Ueber die Aufgaben und die Competenz der psychiatrischen Sachverständigen in strafrechtlichen Sachen; ferner der von Del Greco über die geisteskranken Verbrecher; die von Lujacono über die Correction der minderjährigen Degenerirten und über die Notwendigkeit psychiatrischer Mitwirkung bei Entmündigungen derselben. Auf seinen Vorschlag wird eine entsprechende Vorlage an den Justizminister zum Gegenstand der Tagesordnung gemacht und gebilligt; desgleichen zum Schluss des Congresses noch zwei andere Anträge:

1. es mögen die geisteskranken Verbrecher in den Irrenanstalten für Verbrecher auch nach Beendigung der Strafe verbleiben;
2. dem Parlament möge das Gesetz über die Irrenanstalten recht bald vorgelegt werden.

Der Ingenieur Azzurri in Rom, bekannt durch seine Competenz im Irrenanstaltsbau, legte dem Congress einen Bericht vor, worin er als Bautypus für die Anstalten den eines Dorfes empfiehlt.

Die betreffende Commission schlägt für den nächsten Congress (in Ankona, 1901) folgende allgemeine Themata vor:

1. Ueber die Classification der Psychosen. Ref.: De Sanctis-Rom.
2. Genese und Nosographie der progressiven Paralyse. Ref.: Bianchi-Neapel.
3. Die Psychiatrie als Hilfsmittel der Erziehung. Ref.: Agostini-Perugia.
4. Die neuesten Fortschritte der Neuropathologie, der Psychiatrie und der Anstaltsbehandlung. Ref.: Seppilli-Brescia, Tambroni-Ferrara.
5. Die Maassregeln gegen die Ueberfüllung der Anstalten. Ref.: Tamburini-Reggio.

Der Congress schloss mit der Wiederwahl Tamburini's zum Präsidenten der italienischen psychiatrischen Gesellschaft, mit der Ernennung verschiedener italienischer und ausländischer Ehren- und correspondirender Mitglieder und mit einer mit Beifall aufgenommenen Ansprache Bianchi's.

Rom, October 1899. Sante de Sanctis.

— **Brieg.** Gelegentlich der Prüfung der Entwürfe für den Umbau des Brieger Bahnhofes wurden u. A. auch von dem Landeshauptmann der Provinz Schlesien namens der Irrenanstaltsverwaltung der Provinz schwere Einwendungen vorgebracht, weil nach Inbetriebnahme des projectirten Bahnhofes es kaum noch möglich sein würde, gewisse, gegenwärtig zum Vortheile der Irrenpflege landwirthschaftlich benutzte Flächen weiter durch Pfleglinge der Brieger Provinzial-Irrenanstalt bewirthschaften zu lassen; aus gleichen Gründen würde die Provinzialverwaltung auch kein Land für Anlegung von Privatanschlussgleisen hergeben. (Schles. Ztg.)

— Das im Beginn dieses Jahres von Dr. Paul Sollier begründete, in drei Sprachen, französisch, deutsch und englisch, erscheinende Journal: **L'intermédiaire des neurologistes et des aliénistes** hat aufgehört zu erscheinen; doch wird beabsichtigt, es in anderer Form von Neuem herauszugeben.

Bücherschau.

L'article 1384 du code civil et la responsabilité des directeurs médecins d'asiles d'aliénés. Par le Dr. Samuel Garnier, Directeur médecin de l'asile d'aliénés de Dijon. (Annal. méd.-psych. Nr. 3, Nov.-Déc. 1899.)

Ein in die genannte Anstalt zur Beobachtung und Begutachtung eingelieferter Untersuchungsgefangener F., den G. für zurechnungsfähig erklärte, war von seinem Wärter ganz pflichtwidrig und mit Benutzung leerer Ausflüchte veranlasst worden, mit ihm und



mit seiner Hilfe die Anstalt heimlich zu verlassen; draussen betranken sich beide, verwickelten sich in eine Prügelei und ersterer wurde wegen Körperverletzung in Anklagezustand versetzt. Der zu begutachtende F. wurde inzwischen in das Gefängniss zurückgeführt, der Wärter ging frei aus. Aber der Director Garnier erhielt eine Vorladung, sich civilrechtlich für die Handlungen des F. auf Grund des Artikels 1384 des Code civil zu verantworten. Derselbe lautet: „Man ist verantwortlich nicht allein für den Schaden, den man durch seine eigene Handlung verursacht, sondern auch für denjenigen, welcher verursacht wird durch die Handlung von Personen, für welche man verantwortlich ist, oder durch Dinge, die man in Verwahrung hat." Als in letzterem Sinne verantwortlich sind in den darauffolgenden Absätzen eigens bezeichnet: Vater (Mutter beim Ableben desselben) für minderjährige Kinder, Dienstherren und Auftraggeber (commettants) für Dienstboten und Beauftragte (préposés), Lehrer und Meister für Schüler und Lehrlinge . . . „sofern sie nicht nachweisen, dass sie die Handlung, für welche die Verantwortlichkeit in Frage kommt, nicht verhindern konnten." G. machte geltend, dass, da er nicht als Mitschuldiger bei einem Delict, sondern civilrechtlich verantwortlich gemacht werden solle, nicht der Umstand in Betracht komme, ob er den F. hätte besser überwachen müssen, sondern eben nur seine civilrechtliche Verantwortung; diese erstrecke sich aber nach dem § 1384 auf eine bestimmte Kategorie von Personen, die man, wie er an Rechtsquellen nachweist, nicht über den Wortlaut des Gesetzes hinaus erweitern dürfe; ferner, dass es sich bei F. um keinen Geisteskranken gehandelt habe, für den er verantwortlich zu machen sei. Der Gerichtshof führte jedoch aus, dass F. zu jener Zeit einem Geisteskranken, der unter der Obhut des Directors stand, gleich zu achten war; dass, da ihm laut Verfügung des Ministers die Annahme und Entlassung der Wärter zustände, auch auf ihm die Verantwortung für das Personal, welches er ausgewählt hat, ruhe; schliesslich habe er einen Geisteskranken oder einen dafür Gehaltenen entweichen lassen durch mangelhafte Beaufsichtigung; er habe sich daher ein doppeltes Vergehen zu Schulden kommen lassen und werde deshalb zu 100 Fr. Geldbusse und Tragung der Gerichtskosten verurtheilt; ausserdem sei er civilrechtlich verantwortlich. — G. legte Berufung ein und die Berufungsinstanz verwarf obiges Urtheil und entschied, dass G. ausser Verfolgung zu setzen sei, und zwar stellte sie fest, dass der Director zwar für die strafbaren Handlungen (im Dienst) der Wärter civilrechtlich verantwortlich, dass aber im vorliegenden Falle ein solcher Wärter, welcher strafbare Handlung begangen, gar nicht vorhanden, wenigstens nicht verurtheilt sei, da die untere Instanz denselben gar nicht zur Verantwortung gezogen habe. F. erhielt eine Zusatzstrafe. — G. widerlegt durch verschiedene Gründe die Ansicht, dass der Director einer Irrenanstalt der Auftraggeber (commettant) der Wärter und daher civilrechtlich für den durch sie angerichteten Schaden verantwortlich sei.

Die Epilepsie. Von Prof. Dr. Binswanger. (Nothnagel's specielle Pathologie und Therapie. XII. Bd. 1. Th. 1. Abth.) Wien 1899. 502 Seiten. Preis 11 Mk.

Eine ausführliche Monographie über die Epilepsie hatte man schon lange vermisst und wird man daher das Buch Binswanger's mit Freuden begrüssen, welches eine sehr brauchbare Uebersicht über den gegenwärtigen Stand unseres Wissens von dieser Krankheit giebt.

B. ist nicht der Ansicht, dass das Gebiet der idiopathischen Epilepsie von Tag zu Tag kleiner werden wird, je klarer man bei der ätiologischen Forschung zu Werke geht (Féré); er meint, die Beziehung „idiopathische Epilepsie" sei heutzutage nicht bloss als Synonym für Epilepsie mit unbekannter Ursache aufzufassen, sondern sie decke einen ganz bestimmten Krankheitsbegriff, der folgendermaassen definirt wird: Die Epilepsie ist eine ausgeprägt chronische Erkrankung des Centralnervensystems, welche durch die verschiedenartigsten Ursachen hervorgerufen wird. Ihre Krankheitsäusserungen bestehen entweder in öfters wiederkehrenden Krampfanfällen mit Bewusstlosigkeit oder in Theilerscheinungen dieser Anfälle oder in psychopathischen Begleit- oder Folgeerscheinungen. Selbst die sympathische oder Reflexepilepsie rechnet er zur idiopathischen Epilepsie.

Die pathophysiologischen Ausführungen gipfeln in folgenden Leitsätzen: 1. Der Sitz der epileptischen Veränderung muss in das ganze Gehirn verlegt werden, wenn auch die gestörte Thätigkeit der Hirnrinde im Hinblick auf ihre hohe functionelle Bedeutung den hauptsächlichsten Antheil an der Erkrankung hat. . . . 2. Die Natur der epileptischen Veränderung ist noch unaufgeklärt; es handelt sich um eine ganz besondere Form abnormer Erregbarkeitszustände der Centralapparate des Grosshirns. 3. Diese Zustände lassen sich am besten in solche der Hemmung oder Ausschaltung, der gesteigerten Leistung und der Erschöpfung (postparoxysmell) eintheilen. 4. Der typische epileptische Anfall entspringt höchstwahrscheinlich einer primären Rindenentladung. Doch ist zum Zustandekommen der Convulsionen eine intensive und im Beginn der Krämpfe einsetzende Miterregung der infracorticalen motorischen Centralapparate durchaus nothwendig. 5. Bei den unvollständigen und kleinen Anfällen kann die Entladung auf die Rinde beschränkt bleiben oder sich nur auf einzelne infracorticale motorische Apparate erstrecken. 6. Die Convulsionen corticalen Ursprungs als Begleiterscheinungen von organischen, diffusen und Herderkrankungen des Gehirns stehen nur in einem indirekten Zusammenhang mit der Epilepsie s. str.

B. legt in diesem Kapitel über die Pathologie der Epilepsie dar, wie wenig zulässig es ist, die Resultate des Thierexperiments auf die Pathologie der menschlichen idiopathischen Epilepsie anzuwenden.



Wir übergehen die nächsten Kapitel und möchten nur einiges aus der Therapie anführen. Wenn es auch kein Allheilmittel gegen die Epilepsie giebt und man bei jedem einzelnen Falle auf empirischem Wege vorgehen müsse, so sei doch der therapeutische Nihilismus durchaus verwerflich. Wenig Aussicht bieten von vornherein die erblich degenerativen Fälle, welche häufig vor oder neben der epileptischen Erkrankung schwere psychische Entwicklungshemmung zeigen. Die Aussichten, welche man der Behandlung der ätiologisch genauer bekannten Fälle der Syphilis-, Alkohol-, traumatischen und Reflexepilepsie zuschreibt, sind unbegründet; die antisyphilitischen Curen lassen im Stich, die Bekämpfung des Alkoholgenusses ist nicht genügend durchzuführen; durch operative Eingriffe wird bei der traumatischen Epilepsie recht häufig ein dauernder Erfolg nicht erzielt. — B. bedauert, dass für solche Epileptiker, die noch geistig intakt sind, nicht in geeigneter Weise gesorgt ist; in die öffentlichen Irrenanstalten werden sie gewöhnlich nicht aufgenommen, wenn sie nicht der Anstaltspflege bedürfen; es müssten hier besondere Abtheilungen für freiwillig zur Aufnahme sich meldende unbemittelte Epileptische geschaffen werden können; auch Erziehungsanstalten für jugendliche Epileptische seien in gesunder Gegend zu errichten. — Was die Kost anlangt, so wird auch von B. auf die Einschränkung der Fleischnahrung, namentlich auf das Weglassen concentrirter künstlicher Fleischpräparate und Fleischsäfte, sowie der Bouillon hingewiesen. Bei der Hydrotherapie widerräth er die kalten Douchen, weil sie gelegentlich Anfälle auslösen. Bei jugendlichen Individuen wurden vielfach kalte, nur wenige Minuten dauernde Vollbäder mit gutem Erfolge angewandt. Von grösster Wichtigkeit ist die moralisch-pädagogische Beeinflussung. Die Hypnose hat keinen Werth bei der Epilepsiebehandlung. — Spontanheilungen giebt es besonders bei jugendlichen Epileptikern viel häufiger als gemeinhin angenommen wird. Daher ist die Beurtheilung eines medicamentösen Heilmittels sehr schwierig. Die einzelnen Heilmittel werden kurz aufgeführt und nur dem Bromsalz und der Opiumbromcur ein längerer Raum gewidmet. Man soll mit mittleren Dosen von 5 bis 6 g Bromsalz beginnen und kann, wenn die Anfälle nicht ausbleiben, bis 12 g täglich gehen, doch sind Fälle, wo man die Dosis von 6 g überschreiten muss, für die Privatpraxis nicht mehr geeignet; es wird das Erlenmeyer'sehe Bromwasser besonders empfohlen. Die gegen die Brombehandlung ins Feld geführte, durch das Brom bewirkte Erschwerung der geistigen Thätigkeit ist unvermeidlich; sie ist sogar nothwendig, um uns den Nachweis zu liefern, dass der Organismus mit Brom gesättigt ist. Die Brombehandlung schafft wohl eine vorübergehende Abschwächung, die gehäuften Anfälle aber einen bleibenden Defekt der Intelligenz. Für die Flechsig'sche Opiumbromcur hat B. eine günstige Meinung, wenngleich er sich nicht präcis darüber ausspricht, weil man nach so kurzer Zeit kein abschliessendes Urtheil geben könne.

Sehr eingehend beschäftigt sich B. mit der operativen Behandlung der Epilepsie. Nur die reinen Fälle von Reflexepilepsie (mit epileptogener Zone) lassen von einer chirurgischen Behandlung Erfolg erhoffen (Excision von Weichtheilnarben und traumatischen Neuromen, Nervendehnung). „Das Vorhandensein ausschliesslich tonischer Krämpfe weist auf einen infracorticalen Sitz der epileptischen Erkrankung hin. Das unterscheidende Merkmal der tonischen, peripherisch ausgelösten Reflexkrämpfe von solchen, welche durch centrale (infracorticale) Herderkrankungen verursacht werden, besteht darin, dass durch die letzteren in der Extremitätenmuskulatur contralaterale Spasmen bewirkt werden."

Bei der nach traumatischen Läsionen des Schädels, des Gehirns und seiner Hüllen auftretenden Epilepsie ist zu unterscheiden die partielle traumatische Jackson'sche Epilepsie (der localisirte Rindenkrampf) und diejenige traumatische Epilepsie, bei welcher von Anfang an die klinischen Merkmale der gemeinen Epilepsie vorhanden gewesen sind. Der Enthusiasmus, mit welchem bei der ersten Kategorie vor Jahren der operative Eingriff begrüsst wurde, hat sich als nicht gerechtfertigt erwiesen, abgesehen davon, dass die Trepanation durchaus nicht zu den ungefährlichen Operationen gehört. B. glaubt, dass die wesentlichste Ursache bei diesen vorübergehenden Heilungen die Herabsetzung des durch hydrocephalische Ansammlungen gesteigerten Hirndrucks ist. Dagegen giebt die auch bei der Operation unvermeidliche Narbenbildung im Bereiche des Operationsfeldes selbst eine neue Reizquelle ab; ferner wird die epileptische Veränderung nach öfterer Wiederholung der Anfälle von der ursprünglichen Reizquelle unabhängig. Der Sitz der cerebralen Läsion braucht mit dem Ort der äusseren Verletzung, selbst wenn es sich um Knochendepressionen handelt, durchaus nicht übereinzustimmen.

Auch bei der allgemeinen traumatischen Epilepsie (mit epileptischer Degeneration) gehören die günstigen Erfolge der Operation zu den Ausnahmen, was auch nicht anders zu erwarten. — Jedem operativen Eingriff muss eine längere Brombehandlung folgen.

Bresler.

Personalnachricht.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

— Verliehen wurde die Schleife zum Rothen Adlerorden III. Klasse dem bisherigen Director der Provinzial-Irrenanstalt zu Osnabrück, Geh. Sanitätsrath Dr. Meyer.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton**, Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel**, Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler**, Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 35. 25. November **1899.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

[Aus dem chemischen Laboratorium der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe.]

Der Stoffwechsel von Epileptikern unter dem Einfluss der Schilddrüsenfütterung.

(Ein Beitrag zur Aetiologie der Epilepsie.)

Von Dr. *Froehner* und Dr. *Hoppe*.

Unter den vielen Leiden, welche der innere Mediciner zu behandeln hat, nimmt eine Krankheitsgruppe eine gesonderte, wenn auch nicht scharf begrenzte Stellung ein. Es sind dies diejenigen Krankheiten, für welche wir als Ursache eine Störung der Ernährung oder des Stoffwechsels annehmen und die wir gewöhnlich als Constitutionsanomalien bezeichnen.

Mag nun das eigentliche Wesen dieser Krankheiten uns vorläufig noch unklar sein, mag es vorläufig auch noch immer unentschieden bleiben, ob der gestörte Chemismus des Körpers auf einer pathologischen Veränderung der Zellen irgend eines Organs beruht oder umgekehrt; eines bleibt doch fest bestehen: die uralte Erfahrung, dass bei allen diesen Krankheiten ein dauernder Erfolg nur durch eine der Sachlage angepasste Ernährung erzielt werden kann.

Zu den Leiden, zu deren Bekämpfung man schon im grauen Alterthum eine genaue Regelung der Diät verlangte, gehört auch der morbus sacer, die Epilepsie. Aretaeus von Cappadocien*) riet den Epileptischen, von der Fleischnahrung ganz zu lassen, und schrieb eine genau geregelte Lebensweise vor.

Heberden*) erzählt von zwei Epileptikern, die sich zur vegetabilischen Kost bekehrten und dann von den Anfällen ganz verschont blieben.

Diese Angaben stimmen mit den Behauptungen der Vegetarier unter den Aerzten und Laien gut überein, welche es seit Pythagoras**) Zeiten für eine ausgemachte Thatsache ansehen, dass die pflanzliche Kost, insonderheit das pflanzliche Eiweiss in Getreide pp. die naturgemässe und für Gesunde und Kranke zuträglichere Nahrung darstelle.

Die neuere Wissenschaft verhält sich mit Recht aber ablehnend gegenüber diesen alten Ansichten, solange sie nicht durch die exacteren Forschungsmethoden der Gegenwart bestätigt werden können; sie nachzuprüfen ist eine ihrer wichtigsten Aufgaben, besonders auch auf dem praktisch eminent wichtigen Gebiete der Stoffwechselkrankheiten.

Auch in hiesiger Anstalt hat man in Anlehnung

*) Schriften des Cappadociers Aretäus, übersetzt von Dr. Mann, Halle 1858. S. 204.

*) Duo epileptici ab omni cibo animali abstinuerant et sanati sunt.

**) Die Pythagoräer waren alle Vegetarianer.



an die älteren Versuche schon seit längerer Zeit sich damit beschäftigt, durch Regelung der Ernährung auf die Krankheitserscheinungen einzuwirken. Es hat sich dabei ergeben, dass man bei einer Anzahl Epileptikern, bei denen gleichzeitig eine Störung der Magen- oder Darmthätigkeit vorliegt, durch sachgemässe Behandlung und genau geregelte Ernährung (meist zunächst reine Milchdiät) zugleich auch in Bezug auf die epileptischen Erscheinungen überraschende und andauernde Erfolge erzielen kann.*)

Einen ähnlichen Versuch hat Jackson**) angestellt. Er gab von 24 Epileptikern der einen Hälfte 4 Wochen hindurch Fleischkost; die andere Hälfte wurde in der Zeit durch Vegetabilien ernährt. In den folgenden 4 Wochen wurde die Ernährungsweise umgekehrt. Es stellte sich dabei heraus, dass jede der beiden Gruppen zur Zeit der Fleischernährung bedeutend mehr Anfälle hatte, als während der Ernährung mit Vegetabilien. Nehmen wir nun die Beziehungen zwischen Harnsäurebildung und Epilepsie als richtig an, die uns Kraynski***) in geistvoller Hypothese wahrscheinlich zu machen sucht, so liesse sich theoretisch auch ein Einfluss animalischer Nahrung auf die Epilepsie ableiten; denn Untersuchungen verschiedener Chemiker haben ergeben, dass Fleischeiweiss nukleinreicher ist als das der Vegetabilien und dass Nuklein zur Harnsäurebildung in ursächlichem Zusammenhang steht.†)

Mit diesen theoretischen Erwägungen stehen aber in Widerspruch die praktischen Erfahrungen der Nervenärzte. Denn obgleich bei Milchnahrung nach Versuchen, welche Wöhler††) an säugenden Kälbern machte, die Harnsäurebildung nicht vermindert wird, so wirkt gerade sie in Fällen von Epilepsie, wo wir Störungen des Stoffwechsels vermuthen, ausserordentlich günstig ein, und gewiss mit Recht legt die ganze französische Schule bei der Bekämpfung der Selbstvergiftungen grossen Werth auf die ausschliessliche Milchdiät, das Régime lacté.†††) Mithin kann, da die Harnsäure sich sowohl bei der Milch- wie Fleischdiät bildet, diese nicht allein das ausschlaggebende, die Zahl der Anfälle vermindernde Moment sein; es muss vielmehr das seltenere Auftreten der epileptischen Anfälle bei der vegetabilischen Kost auch noch andere Ursachen haben.

Einfacher lässt sich das Ergebniss des Jackson'schen Versuches mit der verschiedenen Ausnutzbarkeit animalischen und vegetabilischen Eiweisses*) erklären, wenn wir nur im allgemeinen eine Störung der N-ausfuhr annehmen, ohne näher auf die Art des aufgespeicherten Körpers einzugehen.

Für die Annahme, dass bei einzelnen Formen der Epilepsie eine Störung des Stoffwechsels und speciell der N-ausfuhr zu Grunde liege, sprechen vielfache klinische Erfahrungen sowie die Kraynski'schen Untersuchungen, ferner die häufig beobachtete Verminderung der N-ausfuhr durch den Harn vor den Anfällen, spricht schliesslich auch und zwar nicht zum mindesten das Resultat des Jackson'schen Versuches; ein sicherer Beweis hierfür ist jedoch noch nicht erbracht worden.

Gelänge es jedoch, bei einem Epileptiker durch ein den Stoffwechsel anregendes Mittel, welches aber sonst keine die epileptischen Erscheinungen beeinflussenden**) Eigenschaften hat, die N-ausfuhr derart zu erhöhen, dass sicher kein N im Körper zurückbehalten würde, und fielen in dieser Zeit die sich sonst regelmässig einstellenden epileptischen Erscheinungen weg, so wäre damit der indirecte Beweis erbracht, dass in diesem Fall die Störungen der N-ausfuhr***) mit den Aeusserungen des epileptischen Leidens in einem ursächlichen Zusammenhang stehen.

Diese Erwägung war der leitende Gedanke bei unseren Untersuchungen.

Der Mittel, die N-ausfuhr zu erhöhen, kennen wir mehrere z. B. Bäder in mannigfacher Form, feuchte Packungen, Massage u. s. w.; sie scheinen in in der That bei einer Anzahl von Kranken auch recht günstig auf den Verlauf des Leidens einzuwirken. Das Mittel, welches nach den bisherigen Erfahrungen den Stoffwechsel und insbesondere die Stickstoffausfuhr am meisten beeinflusst, ist das Thyreoidin. Es lag daher sehr nahe, dies bei unseren Untersuchungen anzuwenden.

Die Versuchsanordnung war eine derartige, dass wir einen 14jährigen Epileptiker (Person A), bei

*) Vergl. übrig. Alt, zur Behandlung der Epilepsie. Münch. M. W. 1894. No. 12—14.

**) Binswanger, die Epilepsie, Wien 1899. p. 368.

***) Zur Pathologie der Epilepsie. Allg. Ztschr. für Psychiatrie. Bd. 54. Heft 4. 1897.

†) Vergl. P. Mayer, aus der med. Klinik des Prof. v. Jacksch. D. M. W. 1896. No. 12.

††) Nachrichten der kgl. Ges. d. Wissensch. zu Göttingen. 1849. S. 61—64.

†††) Daudelin, l'asepsie intestin. Thèse Paris 1898.

*) Rubner, Handbuch der Ernährungstherapie. Bd. I., S. 115 u. 125.

**) Z. B. die Reflexthätigkeit herabsetzenden.

***) Das Zurückbleiben N-haltiger Verbindungen.



welchem nach klinischen Erscheinungen ein Zusammenhang zwischen den epileptischen Anfällen, die in regelmässigen Perioden wiederkamen, und Stoffwechselstörungen sehr wahrscheinlich war, erst eine Zeitlang ohne jede Medication, aber bei genau geregelter, stets gleichbleibender Diät beobachteten, sodann bei derselben Ernährung Thyreoidin einsetzten und den Einfluss dieses Mittels auf den Stoffwechsel und das Auftreten der Anfälle feststellten. Gewissermassen zur Controlle diente uns die Person B., ein Knabe welcher an einer Form der Epilepsie leidet, die mit Bestimmtheit auf locale Ursachen zurückzuführen ist. Auch bei diesem wurde der Stoffwechsel und das Auftreten der Anfälle genau controlliert und zwar erstens während einer arzneilosen Periode und zweitens während der Thyreoidindarreichung. Da wir gleichzeitig noch eine Anzahl idiotischer resp. cretinöser Kinder mit Schilddrüsenpräparaten behandelten*) zogen wir noch einen jugendlichen Idioten (Versuchsperson C) in den Kreis unserer Stoffwechseluntersuchungen.

Da es Fernerstehenden vielleicht auffallen könnte, dass wir unsere Kranken versuchsweise überaus lange (100—150 Tage) bei stets gleichmässiger Ernährung erhalten konnten, so sei hier nochmals darauf hingewiesen, dass das Material in hiesiger Anstalt für derartige Stoffwechseluntersuchungen ein ausserordentlich günstiges ist, denn es handelte sich bei unseren Versuchen um Kinder, die ja schon von vornherein wesentlich leichter bei gleichmässiger Diät, z. B. Milchkost, zu halten sind als Erwachsene; zweitens waren die betreffenden, aus ärmlichen Verhältnissen kommenden Epileptiker auch noch wegen ihres Schwachsinnes wesentlich gleichgültiger und unempfindlicher gegen die Einförmigkeit der Kost als es normale Kinder unter diesen Umständen gewesen wären. Zwei dieser Kinder wurden die ganze Zeit hindurch von Milch und Zwieback genährt.**)

Versuchsperson A erhielt täglich 100 g Reis, 100 g Zucker, 2 l Magermilch,***) 150 g Zwieback, 30 g Butter, ausserdem noch 5 g Tropon und 5 g NaCl sowie Wasser in vorher bestimmten Mengen. Der Abwechselung wegen wurden an jedem 2. Tage statt 100 g Reis, 100 g Tapioka (in Suppen) verabfolgt. Auch A war mit seiner Kost bis zum Schluss völlig zufrieden. Der N-gehalt wurde sowohl in der Nahrung, wie im Urin und Koth*) durch das Kjeldahsche Verfahren ermittelt. Ausserdem wurden Harnstoffbestimmungen nach Hüfner gemacht. Die P_2O_5 wurde in Nahrung und Koth*) durch die Ammonmolybdänmethode, im Urin durch Titration mit Uranlösung festgestellt. Der Fettgehalt wurde auf die gewöhnliche Weise (Soxlets Aetherextractionsapparat) ermittelt. Die Menge der Kohlehydrate bestimmten wir durch Aufschliessen der Stärke (im Reischauer-Lintner'schen Druckfläschchen) den Zuckergehalt als Kupfer nach Allihn bezw. E. Meissl.

Sämmtliche Bestimmungen wurden doppelt gemacht, sodass die Menge der Einzelanalysen, (ganz abgesehen von den qualitativen Proben auf Zucker, Eiweis, Indikan u. s. w.) eine recht beträchtliche (ca. 4500) wurde. Ausserdem wurden tägliche Wägungen, tägliche Puls- und Temperaturbestimmungen bei sämmtlichen Versuchspersonen vorgenommen.

Eine Tabelle, welche die täglichen Schwankungen des Stoffwechsels enthielte, wäre bei der Länge des Versuches zu unübersichtlich und für den Raum dieser Wochenschrift zu gross, wir werden deshalb die hier hauptsächlich interessirenden Durchschnittswerthe der einzelnen Perioden angeben und hoffen, die Einzelheiten in späteren ausführlichen Arbeiten über den Stoffwechsel Epileptischer verwerthen zu können.

Die hier folgenden Tabellen I, II, III geben einen Ueberblick von N, NaCl, P_2O_5 im Harn der drei Versuchspersonen und zwar a: vor der und b: während der Thyreoidindarreichung.

Tabelle I. Epileptiker A.

Anfangs-Gewicht: 39 kg.

tägliche Ausscheidung im Urin:	N.	NaCl.	P_2O_5.
bei keiner Medikation (Periode I.)	10.905 g.	6.159	1.094
bei I Tabl. Thyr. (Periode II.)	13.69	7.56	1.37
bei 2 Tabl. Thyr. (Periode III.)	15.13	9.114	1.315
bei 3 Tabl. Thyr. (Periode IV.)	16.46	9.443	1.391

*) Ueber die im allgemeinen recht günstigen Resultate dieser Behandlung wird an anderer Stelle (Wien. klin. Rundsch.) berichtet.

**) Sie erhielten durchschnittlich ca. 11.2 bis 13.45 g N., 204,33 g Kohlehydrate, 69,84 g Fett, 3,72 g P_2O_5, 3,7 bis 4,8 g NaCl.

***) Die Milch wurde vorher in grossen Mengen sterilisirt.

*) Im Koth nur bei A.

Tabelle II. Epileptiker B.
Gewicht: 20,1 kg.

tägliche Ausscheidung im Urin (g.)	N.	NaCl.	P_2O_5.
bei keiner Medikation (Periode I.)	7.712	3.299	1.334
bei 1 Tabl. Thyr. (Periode II.)	8.998	4.185	1.696

Tabelle III. Idiot C.
Gewicht 20,9 kg.

tägliche Ausscheidung im Urin (g.)	N.	NaCl.	P_2O_5.
bei keiner Medikation (Periode I.)	9.1096	4.11	1.874
bei 1 Tabl. Thyr. (Periode II.)	10.7	4.98	2.052

Wir sehen, der Stoffwechsel wurde bei sämmtlichen drei Personen durch die Thyreoidindarreichung ungemein angeregt. Nicht nur der Eiweissumsatz, sondern auch die Ausscheidung von NaCl und P_2O_5 wurden wesentlich stärker. Recht deutlich tritt uns diese Steigerung in Tabelle I entgegen, wo die Thyreoidindosis allmählich bis auf 3 Tabletten*) erhöht wurde, bis ein stärkerer Gewichtsabfall und Pulsunregelmässigkeiten Einhalt geboten.

Wie verhielten sich nun aber unter dem gänzlich geänderten Stoffwechsel die epileptischen Krankheitserscheinungen?

Bei dem Knaben B, dessen Epilepsie auf einer localen Ursache, einer muthmasslich gröberen anatomischen Veränderung der einen Hirnhälfte beruht, dessen Anfälle unserer Annahme nach nicht mit Stoffwechselanomalien in Zusammenhang stehen, zeigte sich in dem fast täglichen Auftreten der Anfälle auch nicht die geringste Aenderung, als bei gleichbleibender Ernährung die N-ausfuhr u. s. w. durch die Schilddrüsenfütterung erhöht wurde.**)

Bei Person A hingegen besteht unserer Annahme nach wie schon zu Anfang erwähnt eine gewisse Beziehung zwischen dem Auftreten der Anfälle und einer sogenannten Selbstvergiftung.

Dafür sprechen: das Fehlen eines jeglichen Anhaltepunktes für eine locale Ursache des Leidens, sodann die vor den Anfallsperioden sich stets regelmässig einstellenden Störungen des Allgemeinbefindens wie: Benommenheit, belegte Zunge u. s. w.; vor allem aber die regelmässige periodische Wiederkehr der Anfälle. Diese treten stets in Zwischenräumen von 5, 7 bis 10 Tagen nie vereinzelt auf, sondern stets gehäuft, gruppenweise (etwa 4 bis 8) auf, sodass während eines Monats mindestens 3 Anfallsattaquen stattfinden. Abgesehen von diesen, stets schweren periodischen Anfällen stellen sich bisweilen ganz anders geartete, leichtere Schwindelanfälle (absence, petit mal) vereinzelt ein, die mit den periodischen Anfällen in keinem Zusammenhang stehen und nur auf eine grössere Empfindlichkeit des Nervenzustandes, auf krankhafte Gehirnreizbarkeit von Magen (Darm) (Trousseau's Schwindel) zu deuten scheinen.

In der Zeit vom 24. Dezember 1898 bis 23. März 1899, in welcher der Kranke — somit über 90 Tage — ohne jede Medication (Periode I) gehalten wurde, traten die Anfälle in ihren gewöhnlichen Perioden regelmässig auf. Vom 24. März bis 15. April wurde I. Tablette verabfolgt (Periode II). Während dieser Zeit stellte sich in den ersten Tagen die regelmässige Anfallsgruppe (diesmal 9 Anfälle) am 25. März ein. Die folgende Gruppe liess bereits wesentlich länger wie gewöhnlich auf sich warten und trat in bedeutend leichterer Form (nur 3 Anfälle) am 8. April ein.

Ausserdem wurden noch am 14. März und 15. April je einer der oben geschilderten, leichteren Schwindelanfälle beobachtet, die wie vorhin erwähnt, mit den periodischen Anfällen in keinem Zusammenhang stehen.

Es war somit in dieser (II.) Periode eine das Auftreten der Anfälle hinausschiebende Wirkung der Medication unverkennbar.

Vom 15. April bis 30. April wurden nun 2 (Periode III), vom 1. Mai bis 15. Mai 3 Tabletten (Periode IV) gegeben. Während dieser ganzen Zeit, also über einen Monat trat keiner der sonst stets regelmässig wiederkehrenden Anfälle auf.

Da die Anfälle sonst mit nie versäumender Pünktlichkeit innerhalb eines Monats sich mindestens dreimal einstellten, ist der Zusammenhang zwischen Arzneiwirkung und dem Verschwinden ein offensichtlicher.

Am 16. Mai wurde das Thyreoidin (und die gleichmässige Ernährung) wegen der eintretenden Gewichtsabnahme u. s. w. ausgesetzt. Die Nachwirkung der Medizin hielt noch einige Tage an, bis

*) Verwendet wurden die Tabletten von Merck, Darmstadt (à 0,1); B. u. C. erhielten täglich je eine Tablette.

**) Derselbe ist jetzt nach einer einleitenden Jodkalibehandlung und gegenwärtiger Jodbrommedikation schon vier Monate vollständig anfallsfrei.



sich am 29. Mai die früheren Anfälle wieder einstellten, um nun in ihren gewöhnlichen Perioden regelmässig wiederzukehren. Einen Vergleich dieser klinischen Erscheinungen mit der täglichen Stickstoffbilanz und den täglichen Gewichtsschwankungen giebt (Durchschnitt) Tabelle IV.

Tabelle IV.

Stickstoffbilanz und Gewichtsveränderung der Person A.

	tägliche Gewichtsveränderung (g.) (im Durchschnitt)	in der Nahrung aufgenommener N.†)	im Urin und Kot abgeschiedener N.	tägl. N.-Bilanz (Durchschnitt)	Auftreten der Anfälle
während keiner Medication (Periodr I.)	+ 40 g	13.41	12.076	+1.334	regelmässiges Auftreten der Anfälle
bei 1 Tabl. Thyr. (Periode II.)	0	13.22	15.4	— 2.18	seltener werden der Anfälle
bei 2 Tabl. Thyr. (Periode III.)	— 12.5	13.54	16.31	— 2.77	Keine Anfälle
bei 3 Tabl. Thyr. (Periode IV.)	— 100	14.7	19	— 4.3	

†) 1 g. N. = ca. 6.25 g. Eiweiss.

Wir sehen, während der I. langen Periode ohne Medication setzte der Kranke im Durchschnitt täglich 1.334 g N an und nahm an Gewicht täglich ca. 40 g zu, er speicherte also ausser an N-haltiger Substanz (Eiweiss) auch noch andere Nahrungsbestandtheile — wahrscheinlich Fette an.

Während der II. Periode, in der die Anfälle seltener wurden, verlor er bereits 2.18 g N. p. Tag, während das Gewicht constant blieb.

Sein Organismus wurde also N-(eiweiss) ärmer, aber dafür reicher an anderen Bestandtheilen (Fett). Da die II. Periode wesentlich kürzer war, als die I. Periode, befand er sich auch in einem N-Ueberschuss gegenüber dem Beginn des Versuches. Dieser angesammelte Vorrath an N-haltigen Verbindungen, ging nun in den beiden folgenden Perioden, in welchen keine Anfälle auftraten, nicht nur ganz verloren, sondern der Körper wurde in der letzten (IV.) Periode, in welcher der stärkere Gewichtsabfall eintrat, sogar erheblich N-ärmer als er zu Anfang war.

Der Verlust an N-haltigen Verbindungen ging während der beiden letzten Perioden Hand in Hand mit einer zunehmenden Gewichtsabnahme.

In der III. Periode entsprach, (wie Tabelle IV zeigt) die Gewichtsabnahme fast genau dem Verlust an N-haltiger Substanz; ja dieser war sogar etwas grösser als die thatsächliche Gewichtsabnahme, sodass der Körper während dieser Zeit von den anderen Nahrungsbestandtheilen (Fett) noch etwas ansetzte.

Dass der Organismus während dieser Periode wasserreicher wurde, ist nicht anzunehmen, da die Urinmengen gegenüber der Vorperioden etwas grösser wurden, das Thyreoidin mithin in geringem Grade auch noch diuretisch wirkte.

In der letzten Periode betrug die Gewichtsabnahme täglich 100 g; da der N-verlust p. Tag nur 4,3 g ausmachte, muss der Körper in dieser (IV.) Periode ausser an Eiweiss auch noch an anderen Bestandtheilen (täglich ca. 73,125 g*) eingebüsst haben.

Wir sehen somit, dass die Anfälle zu der Zeit, als unter dem Einfluss des Thyreoidins der Stoffwechsel und speziell die N-ausfuhr erhöht wurde, auch die Anfälle seltener wurden (Periode II), wir sehen ferner, dass zu der Zeit, als unter dem Einfluss der gesteigerten Thyreoidindosen, die N-ausfuhr so stark wurde, dass ein erheblicher N-verlust eintrat, die Anfälle gänzlich schwanden.

Da nun das Präparat der Schilddrüse offenbar keine narcotisirenden, resp. die Reflexerregbarkeit herabsetzenden Eigenschaften hat wie die sonstigen, gegen die Epilepsie gebrauchten Mittel, so muss diese, das Auftreten der Anfälle verhindernde Ursache in der den Stoffwechsel und speziell die N-ausfuhr begünstigenden Eigenschaft liegen, oder anders ausgedrückt: das Auftreten der Anfälle bei der Versuchsperson A. muss mit dem Zurückbehalten von N-haltigen Verbindungen im Körper in Verbindung stehen.

Die Richtigkeit der Behauptung, dass das Schwinden der Anfälle mit dem durch Thyreoidin erhöhten Stoffwechsel in Zusammenhang stehe, wird wohl jeder Unbefangene zugeben, allein, so wird wohl mancher fragen, ist es denn gerade die vermehrte N-ausfuhr, welche das Aufhören der Anfälle veranlasste? Könnte dieses Ausfallen der Anfälle nicht auch auf der durch das Thyreoidin bedingten, vermehrten NaCl Ausscheidung beruhen?

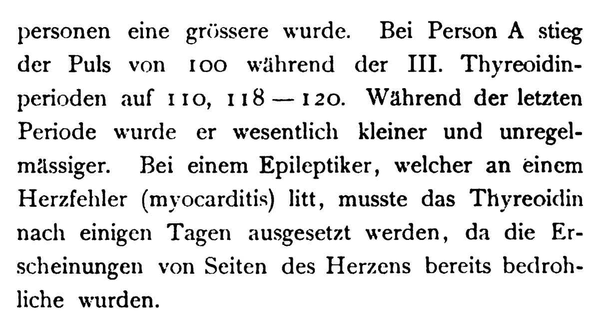
Dieser Einwand ist gewiss beachtenswerth und kann nicht ohne weiteres von der Hand gewiesen werden.

*) 100 g — 4,3 × 6,25 g = 73,125 g.

Der Kranke bekam während der ganzen Zeit täglich 8.44 g NaCl. Die Menge des durch den Urin ausgeschiedenen NaCl (die des durch den Koth ausgeschiedenen kommt wegen des geringen Gewichts kaum in Betracht — ca. 0.1), ist demnach während der beiden ersten Perioden geringer*) während der beiden letzten Perioden grösser als die der aufgenommenen. Der Organismus wurde demnach während der beiden letzten Perioden entsalzt und blieb zur selben Zeit von Anfällen verschont. Angesichts dieser Thatsache könnte es demnach den Anschein gewinnen, als ob ein gewisser Zusammenhang zwischen den Anfällen und dem Salzgehalt des Körpers bestände. Dem gegenüber wäre zunächst zu bemerken, dass selbst das in grosser Menge angehäufte NaCl doch aller Wahrscheinlichkeit nach nicht ein so starkes Gift ist, um schwere allgemeine Krämpfe mit Bewusstlosigkeit hervorzurufen, zumal dem Organismus doch sicher noch andere regulatorische Vorrichtungen**) leichter und bequemer zur Verfügung stehen, um die angehäuften NaCl Mengen fortzuspülen. Ferner ist das nach den Anfällen öfter beobachtete Plus vom NaCl im Urin bei weitem nicht so gross als die fast stets constatirte Mehrausscheidung N-haltiger Verbindungen, ein Umstand, der ja unbedingt dafür spricht, dass das giftig wirkende Moment, dessen sich der Körper durch die Anfälle entledigen will, der Hauptsache nach in den N-haltigen Verbindungen zu suchen ist. Schliesslich sei noch darauf hingewiesen, dass schon in der Zeit, in welcher die NaCl Ausscheidung noch hinter der Aufnahme zurückblieb (— Periode II) die Anfälle seltener wurden.

Ist es demnach in sehr hohem Grade unwahrscheinlich, dass die NaCl Ausscheidung mit den Anfällen in einem ursächlichen Zusammenhang steht, so wird man doch bei der grossen Wichtigkeit, die nach neueren Untersuchungen der Salzgehalt der Körpersäfte und die Nährsalze für die Functionen des Organismus haben, bei allen Stoffwechseluntersuchungen von Epileptikern, sein Augenmerk auch auf den Umsatz der Salze richten müssen.

Was nun die anderen bei unseren Untersuchungen beobachteten Nebenwirkungen der Schilddrüsendarreichung betrifft, so sei zunächst erwähnt, dass die Pulsfrequenz bei sämmtlichen Versuchspersonen eine grössere wurde. Bei Person A stieg der Puls von 100 während der III. Thyreoidinperioden auf 110, 118—120. Während der letzten Periode wurde er wesentlich kleiner und unregelmässiger. Bei einem Epileptiker, welcher an einem Herzfehler (myocarditis) litt, musste das Thyreoidin nach einigen Tagen ausgesetzt werden, da die Erscheinungen von Seiten des Herzens bereits bedrohliche wurden.



Der Haemoglobingehalt und die Zahl der roten Blutkörperchen schien bei den meisten Versuchspersonen*) etwas zuzunehmen, jedoch nicht so viel um die bei derartigen Untersuchungen möglichen Fehlerquellen mit Sicherheit ausschliessen zu können.— Die Temperatur wurde durch das Thyreoidin nicht merklich beeinflusst, ebensowenig wurde Glycosurie-Albuminurie u. s. w. beobachtet.

Wie aus den Tabellen I, II, III hervorgeht, wirkte das Thyreoidin auch auf den Umsatz der phosphorhaltigen Verbindungen. Recht interessant, nicht nur für den vorliegenden Fall, sondern auch für den Phosphorstoffwechsel im allgemeinen ist der Vergleich zwischen der Ausnutzung und Urinabscheidung der P_2O_5**) (bei Person A).

Tabelle V.
(Ausscheidung der P_2O_5.)

Aufgenommen ca. 4.8 g. P_2O_5 p. Tag	Ausgeschieden im Urin	Ausgeschieden im Kot
bei keiner Medication (Periode I.)	1.094	4.2725
bei 1 Tabl. Thyr. (Periode II.)	1.37	3.3356
bei 2 Tabl. Thyr. (Periode III.)	1.315	3.4344
bei 3 Tabl. Thyr. (Periode IV.)	1.39	3.53

Wir sehen, dass, sowie der Körper durch den Urin mehr P_2O_5 ausschied, auch die Ausnutzung im Darm besser wurde.

Ob nun die Darmzelle die Fähigkeit hat, aus der reichlich dargebotenen Menge je nach Bedarf sich die zum Leben nöthigen Quantitäten P_2O_5 selbst auszusuchen, oder ob der Körper nur deshalb mehr P_2O_5 ausschied, weil er vielleicht unter dem

*) Siehe Tabelle I.

**) Z. B. starkes Durstgefühl mit nachfolgender Wasseraufnahme.

*) Es befinden sich hierunter auch eine Anzahl myxödematoeser bezw. idiotischer Kinder.

**) A. erhielt ca. 4.88 P_2O_5.



Einfluss des Thyreoidins mehr P_2O_5 aufnahm, muss freilich unentschieden bleiben.

Ausser den N-bestimmungen nach Kjeldah wurden noch solche nach Knop-Hüfner gemacht; durch letzteres Verfahren wird bekanntlich in der Hauptsache der im Harnstoff vorhandene N festgestellt.

Die Methode gilt im allgemeinen nicht als ganz zuverlässig; wir wollen deshalb keine sicheren Schlüsse ziehen, verfehlen aber doch nicht darauf hinzuweisen, dass durch die Thyreoidindarreichung die N-ausscheidung im Harnstoff (nach Hüfner) bei weitem nicht in dem Verhältniss wuchs, wie die Gesammt N-ausscheidung nach Kjeldah. Es wäre demnach (eine gewisse Zuverlässigkeit der Hüfner'schen Bestimmungen vorausgesetzt) während der Schilddrüsendarreichung sehr viel N in anderen Verbindungen als im Harnstoff abgeschieden!

Ueber die durch das Thyreoidin hervorgerufenen Gewichtsveränderungen der Person A ist schon oben gesprochen, die beiden anderen Personen B und C blieben während des ganzen Versuches constant bei gleichem Körpergewicht.

Es sei hier noch hervorgehoben, dass wir die von französischen Forschern*) angeblich beobachteten grossen Gewichtsschwankungen nach Anfällen trotz unserer sich über 5 Monate erstreckenden genauen Wägungen nicht constatieren konnten, wir fanden im Gegentheil das Gewicht durch einzelne — selbst schwere Anfälle nur sehr wenig beeinflusst und beobachteten grössere Gewichtsabfälle nur bei dem sogenannten Status epilept., wenn sich dieser über mehrere Tage erstreckte.

Wenn wir oben behaupteten, dass bei einzelnen Epileptikern das Auftreten der Anfälle mit der Anhäufung des dem Zurückbehaltenen giftig wirkenden N-haltigen Verbindungen in Zusammenhang stehe, so soll damit nicht gesagt sein, dass es in diesen Fällen ganz vergeblich wäre nach pathologisch-anatomischen Veränderungen des Nervensystems zu forschen. Denn sehr wohl lässt es sich denken, dass die giftig wirkenden, die Krämpfe auslösenden Stoffe sich erst infolge einer Structur- oder functionellen Aenderung (z. B. Trophoneurose) der lebenden Zelle im Körper bilden. Wenn wir nun durch zur Entgiftung geeignete Mittel**) die schädlichsten und gefährlichsten Folgen der pathologischen Veränderung der Zellen beseitigen, handeln wir therapeutisch sicher ebenso rationell, als wenn wir beispielsweise bei Laugenvergiftungen Essig- oder Citronensäure verabfolgen.

*) Féré u. a.

**) Vergl. die Krainsky'schen Entgiftungsversuche mit Lithiumsalzen.

Wie schon zu Anfang erwähnt, dachten wir bei der Anstellung unserer Untersuchungen nicht daran, in dem Thyreoidin ein Mittel zu suchen, womit man die epileptischen Erscheinungen praktisch bekämpfen könnte, sondern waren nur von der Absicht geleitet für gewisse Formen der Epilepsie ein aetiologisches Moment zu gewinnen, und zwar kam es speziell darauf an, festzustellen, ob den bei diesen Formen auftretenden Anfällen ein Zurückbehalten von N-haltigen Verbindungen zu Grunde liege und ob es gelänge, durch vermehrte N-ausfuhr das Auftreten der Anfälle aufzuschieben, resp. zu vermeiden. Es ist ohne weiteres klar, dass wir einen Epileptiker, dessen Schilddrüsenfunction an sich eine normale ist und dessen Anfälle in Zwischenräumen von 7 bis 10 Tagen auftreten, nicht dauernd mit Schilddrüsenpräparaten füttern können, denn nur allzubald würden sich die Vergiftungserscheinungen des Thyreoidismus einstellen; aber es giebt einzelne, allerdings sehr spärlich gesäte Fälle, in denen sich das Gift sehr langsam im Körper anzuhäufen scheint und bei denen die Anfälle ähnlich wie bei der Gicht erst in längeren Zwischenräumen, etwa in vier bis sechs Monaten wiederkehren. In diesen, (sehr seltenen) Fällen wäre eine Behandlung mit Thyreoidin theoretisch sehr wohl denkbar, wenn man das Herannahen der Anfälle vorher bemerkte und dann durch möglichst hohe Thyreoidindosen die N-ausfuhr und damit auch die der giftig wirkenden die Anfälle auslösenden Verbindungen energisch erhöhte und beschleunigte. Ob man durch das Thyreoidin hier wirklich praktische und dauernde Erfolge erzielen würde, kann natürlich erst die Erfahrung mehrerer Jahre lehren.

Gegenüber dem namentlich in letzter Zeit hervorgetretenem Bestreben, die sogenannte Organotherapie in mannigfachster Form gänzlich kritiklos bei den verschiedenartigsten Leiden zu versuchen, sei zum Schluss auf ein Resultat unserer Untersuchungen das in praktischer Hinsicht sehr lehrreich erscheint, nochmals besonders gewiesen.

Wie bekannt, warnte vor einiger Zeit schon Ebstein*) auf Grund klinischer Beobachtungen sehr eindringlich vor der Behandlung der Fettsucht mit Schilddrüsenpräparaten. Er forderte damals noch

*) D. M. W. 1899. No. 1 und 2.



weitere exacte Stoffwechseluntersuchungen, um über die angebliche Harmlosigkeit der Schilddrüsentherapie bei der Fettsucht ein richtiges Urtheil gewinnen zu können. Die schon oben erläuterte Tabelle IV giebt uns eine Uebersicht über den Eiweissstoffwechsel und die Gewichtsveränderungen unter dem Einfluss des Thyreoidins. Wir sehen, dass der Körper unter diesem Einfluss zuerst N-ärmer wurde (Periode II), der Eiweissverlust steigerte sich mit der zunehmenden Thyreoidindosis (Periode III und IV). Aber während der Körper an Eiweiss verarmte, setzte er an Fett noch immer an! (Periode II und III). — Ein Verlust trat vielmehr erst dann ein, als der Eiweisszerfall ein sehr bedenklicher und der Gewichtsverlust ein rapider wurde, als sich bereits auch die Zeichen der Thyreoidinvergiftung (Pulsirregulitäten) bemerkbar machten.

Es geht demnach bei der Thyreoidinbehandlung dem Fettverlust erst ein ganz bedeutender Eiweisszerfall voran, was bei den ohnehin schon meist sehr eiweissarmen Fettleibigen zu den bedrohlichsten Erscheinungen führen könnte!



[Aus der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe.]

Statistischer Beitrag zur Aetiologie der Epilepsie.

Von Dr. *Hans Lange*, Assistenzarzt in Uchtspringe.

Die Anschauungen über die Aetiologie der Epilepsie haben sich in den letzten Jahrzehnten in mancher Beziehung geändert. Die experimentelle Forschung hat im Verein mit der klinischen Beobachtung neue Gesichtspunkte für die Beantwortung dieser Frage ergeben. Man hat die Ursachen, welche die epileptische Veränderung des Gehirns schaffen, zu trennen gelernt von den Factoren, welche die Krankheit auslösen. Ferner ist der Heredität eine wesentlich grössere Bedeutung beigelegt worden, seitdem sich die Anschauungen über die Wichtigkeit einer erblichen Belastung bei Nerven- und Geisteskrankheiten überhaupt erweitert haben. Da sich in der Literatur nur wenig ätiologische Statistiken aus der neueren Zeit finden, erscheint es nicht unangebracht, das Material der hiesigen Anstalt, in welcher bekanntlich recht viele Epileptiker behandelt und verpflegt werden, in diesem Sinne zusammenzustellen und zu sichten.

Vorausgeschickt sei, dass die anamnestischen Angaben im Wesentlichen den von beamteten und praktischen Aerzten ausgestellten Fragebogen entnommen sind, auf Grund deren die Aufnahme in die Anstalt beantragt und genehmigt wurde, dass ferner diese Angaben nur in Bezug auf einen geringen Bruchtheil der Kranken durch directes Befragen der Angehörigen von den Anstaltsärzten ergänzt werden konnten. Die Fragebogen waren überdies in der allerersten Zeit des Bestehens der Anstalt vielfach sehr mangelhaft, dementsprechend auch die Mittheilungen über die ätiologischen Momente. Dieselben sind erst besser geworden, seitdem ein für die Provinz Sachsen neu bearbeiteter Fragebogen allgemein benutzt worden ist. Immerhin ist mit Sicherheit anzunehmen, dass auch jetzt noch in vielen Fällen wichtige, thatsächliche ätiologische Momente nicht angegeben sind.

Hiervon konnten wir uns häufig überzeugen, wenn Gelegenheit geboten war, die Anamnese des Fragebogens durch eine Unterhaltung mit den Angehörigen zu ergänzen. In Folge dessen sind jedenfalls manche der ermittelten Zahlen zu niedrig.

Bei der Aetiologie der Epilepsie unterscheiden die neueren Autoren im Allgemeinen die prädisponirenden Ursachen oder die Ursache für die epileptische Veränderung von den auslösenden oder Gelegenheitsursachen.

Der durch die Trefflichkeit seiner Vergleiche ausgezeichnete Nervenarzt Gowers*) würdigt die beiden Factorengruppen mit den Worten: „Die entfernteren Ursachen des Leidens sind die wichtigeren, das erregende Moment ist nicht mehr wie der Funken, der dadurch, dass er in brennbares Material hinein geräth, den Brand hervorruft."

Binswanger**) hält in seiner erschöpfenden Monographie über Epilepsie diese Trennung nicht

*) W. R. Gowers: Handbuch der Nervenkrankheiten. Autorisirte deutsche Ausgabe von Dr. Karl Grube. Bonn 1892.

**) Binswanger: Die Epilepsie. Specielle Pathologie und Therapie. Herausgegeben von Nothnagel, Wien 1899. — Ein grosser Theil der später angeführten Zahlen ist direct dieser Monographie entnommen.



für genügend. Er verlangt eine Scheidung der vorbereitenden und auslösenden Ursachen, sowohl für die epileptische Veränderung, als auch für den einzelnen epileptischen Insult.

Man wird ohne Weiteres diesem besonders erfahrenen Autor Recht geben, wenn er behauptet, diese Scheidung bei der Betrachtung des einzelnen Falles habe nicht nur theoretischen Werth, sondern mit Rücksicht auf die einzuleitende Behandlung auch eine grosse praktische Bedeutung.

Aus seinen weiteren Ausführungen geht hervor, dass die auslösenden Ursachen für die epileptische Veränderung sich decken mit den auslösenden Ursachen für den ersten Anfall, während „die vorbereitenden und auslösenden Ursachen für den einzelnen epileptischen Insult“ im Wesentlichen ihre Bedeutung haben für die im weiteren Verlauf der Krankheit auftretenden Anfälle.

Da nun mit dem ersten epileptischen Anfall die Krankheit zum Ausbruch gekommen ist, würden für die vorliegende Arbeit, die sich ausschliesslich mit der Aetiologie der Epilepsie befassen will, nur „die vorbereitenden und auslösenden Ursachen der epileptischen Veränderung“ zu berücksichtigen sein. Es sollen daher bei der folgenden Zusammenstellung nur diese, oder um die gewöhnlich übliche Bezeichnung zu benutzen, nur die prädisponirenden und die auslösenden Ursachen der Epilepsie unterschieden werden.

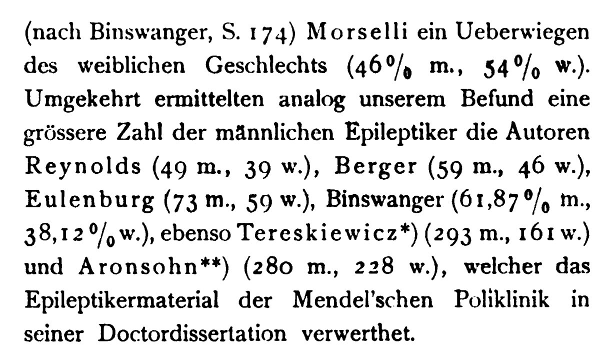
A) Prädisponirende Ursachen.

Hier kommen zunächst die allgemeineren prädisponirenden Ursachen in Betracht: Geschlecht und Alter.

Vom 1. October 1894 bis 31. März 1899 wurden in die hiesige Anstalt aufgenommen 741 Epileptiker, 414 männlichen, 327 weiblichen Geschlechts. Es überwiegt also das männliche Geschlecht im Verhältniss von 5 zu 4.

Im Gegensatz zu dem hiesigen Ergebniss finden verschiedene Autoren ein Ueberwiegen des weiblichen Geschlechts. So sagt Féré*): „Es ist die Ansicht fast aller Aerzte, dass die Epilepsie bei Weibern häufiger auftritt als beim Manne,“ fügt jedoch hinzu: „aber die Statistik ist nicht ausreichend.“

Gowers fand unter 1450 Fällen von Epilepsie das Verhältniss der männlichen zu den weiblichen Kranken etwa wie 5 zu 6. Desgleichen constatirt



(nach Binswanger, S. 174) Morselli ein Ueberwiegen des weiblichen Geschlechts (46 % m., 54 % w.). Umgekehrt ermittelten analog unserem Befund eine grössere Zahl der männlichen Epileptiker die Autoren Reynolds (49 m., 39 w.), Berger (59 m., 46 w.), Eulenburg (73 m., 59 w.), Binswanger (61,87 % m., 38,12 % w.), ebenso Tereskiewicz*) (293 m., 161 w.) und Aronsohn**) (280 m., 228 w.), welcher das Epileptikermaterial der Mendel'schen Poliklinik in seiner Doctordissertation verwerthet.

Ueber das Lebensalter unserer Epileptiker bei Ausbruch des Leidens giebt nachstehende Tabelle (S. 322) Auskunft.

Im ersten Jahrzehnt des Lebens bricht also bei etwas mehr als der Hälfte aller Epileptiker die Krankheit aus und zwar annähernd gleich häufig bei dem männlichen wie bei dem weiblichen Geschlecht.

Im zweiten Jahrzehnt erkrankten ungleich mehr weibliche (39,7 %) als männliche (32,3 %) Individuen.

Man wird dieses Resultat so erklären können, dass die geschlechtliche Entwicklung auf den ganzen Organismus und somit auch auf das Nervensystem eine eingreifendere Wirkung hat bei dem weiblichen Individuum als bei dem männlichen, dass daher während dieser Zeit beim Weibe ein geringerer Anlass genügt, um die vorhandene epileptische Veränderung auszulösen. In ähnlichem Sinne sagt Binswanger: „Es wird hierdurch sehr wahrscheinlich, dass die Pubertätsentwicklung beim weiblichen Geschlecht verhängnissvoller wirkt als beim männlichen.“

Weiter ergiebt sich aus der Tabelle, dass die übergrosse Mehrzahl der Epileptiker vor dem 20. Lebensjahre erkrankte, nämlich 88,9 %, hingegen nur 11,1 % nach dem 20. Lebensjahre. Andere Autoren finden etwa 3/4 der Erkrankungen vor dem 20. Jahre (so Gowers, Hasse, Binswanger), etwas weniger Aronsohn (69,7 %), wesentlich mehr Tereskiewicz (95,02 %).

Im Gegensatz jedoch zum zweiten Jahrzehnt erkrankten nach dem 20. Lebensjahre mehr männliche als weibliche Individuen, von den Männern nämlich 14,1 %, von den Frauen 7,2 %. Oder von 80 Erkrankungen nach dem 20. Lebensjahre betrafen 57 Männer = 71,25 % und 23 Frauen = 28,75 %. Ob und inwieweit erbliche Belastung auf den Be-

*) Féré: Les épilepsies et les épileptiques, Paris 1890. Uebersetzt von Ebers, Leipzig 1896.

*) Tereskiewicz: Ueber die wichtigsten Ursachen der Epilepsie. Inauguraldissertation, Berlin 1882.

**) Aronsohn: Ueber Heredität bei Epilepsie. Inauguraldissertation, Berlin 1894.



Es erkrankten:	in unbekanntem Alter	vom 1. bis 10. Lebensjahre	vom 11. bis 20. Lebensjahre	vom 21. bis 30. Lebensjahre	vom 31. bis 40. Lebensjahre	vom 41. bis 50. Lebensjahre	vom 51. bis 60. Lebensjahre	vom 61. bis 70. Lebensjahre	
von den männlichen Epileptikern . . .	9	217	131	37	10	8	.	2	414
von den weiblichen Epileptikern . . .	7	170	127	15	5	1	1	1	327
von sämmtlichen Epileptikern	16	387	258	52	15	9	1	3	741

Oder nach Procenten auf die Zahl der männlichen und weiblichen Epileptiker berechnet:

Es erkrankten:	vom 1. bis 10. Lebensjahre	vom 11. bis 20. Lebensjahre	vom 21. bis 30. Lebensjahre	vom 31. bis 40. Lebensjahre	vom 41. bis 50. Lebensjahre	vom 51. bis 60. Lebensjahre	vom 61. bis 70. Lebensjahre	
von den männlichen Epileptikern . . .	53,6 %	32,3 %	9,1 %	2,5 %	2,0 %	.	0,5 %	100 %
von den weiblichen Epileptikern . . .	53,1 %	39,7 %	4,7 %	1,6 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	100 %
von sämmtlichen Epileptikern	53,4 %	35,5 %	7,2 %	2,1 %	1,2 %	0,2 %	0,4 %	100 %

ginn der Epilepsie einen Einfluss hat, werden wir später sehen.

Nach den allgemeinen prädisponirenden Momenten, Geschlecht und Alter, sind nunmehr die speciellen zu besprechen. Man unterscheidet eine angeborene oder ererbte und eine erworbene Prädisposition.

I. Angeborene Prädisposition oder erbliche Belastung.

Die älteren Autoren waren meistens der Ansicht, dass die erbliche Belastung als Ursache der Epilepsie wenig in Betracht käme. Zum Theil war das darauf zurückzuführen, dass damals der Begriff der erblichen Belastung überhaupt sehr eng gefasst wurde und dass speciell bei der Epilepsie nur die directe, gleichartige Belastung berücksichtigt wurde. Auch jetzt giebt es noch einzelne Forscher, für welche die ererbte Disposition als Ursache der Epilepsie kaum oder nur in starker Beschränkung in Betracht kommt (z. B. Pierre Marie). Im Allgemeinen jedoch wird die neuro- und psychopathische Veranlagung als wichtigstes prädisponirendes Moment anerkannt.

Bei 41 unserer 741 Epileptiker waren gar keine Angaben über hereditäre Verhältnisse zu erhalten. Es bleiben also für die Untersuchung 700: 396 männlichen, 304 weiblichen Geschlechts. Bei 303 von diesen 700 Epileptikern war eine erbliche Belastung nachweisbar, das ist bei 43,3 %, und zwar bei 41,97 % der männlichen und bei 45,07 % der weiblichen Kranken. Die Zahlen einiger anderer Autoren, die grösstentheils Binswanger's Monographie entnommen sind, mögen zum Vergleich hier folgen. Gowers fand hereditäre Belastung bei 35 % der Epileptiker, Berger bei 32,29 %, Reynolds bei 31 %, Déjérine bei 66,8 %, Echeverria bei 27 %, Tereskiewicz bei 33 %, Bernet bei 41 %, Aronsohn bei 32 %, Binswanger bei 36,3 % seiner eigenen Fälle unter Ausschaltung der keimschädigenden Einflüsse wie Lues, Tuberculose und Alkoholismus der Erzeuger, einschliesslich dieser und der wahrscheinlichen Fälle bei 61,7 %.

Wird auch bei unseren Kranken die neuro- und psychopathische Veranlagung von der toxikopathischen getrennt, so ergiebt sich, dass von den 303 überhaupt belasteten Individuen 240 neuro- oder psychopathisch belastet waren und 63 toxikopathisch.

1. Neuropathische Veranlagung

war nachweisbar bei 240 von 700 Epileptikern, das ist bei 34,29 %, und zwar bei 32,23 % der männlichen und bei 36,84 % der weiblichen Kranken. Von den männlichen Epileptikern sind also nicht so viel belastet als von den weiblichen. Dasselbe Resultat hat Gowers mit 33 % der männlichen und 37 % der weiblichen Epileptiker, Aronsohn, der allerdings die toxikopathische Belastung mitberechnet hat, mit

30 % und 33 1/3 %. Dagegen kann Berger keinen Unterschied feststellen. Umgekehrt constatirt Reynolds, dass die Krankheit sich häufiger auf die männlichen Nachkommen vererbe; ebenso ist nach Bourneville das männliche Geschlecht stärker belastet.

Von den hereditären Epileptikern waren — ohne dass ein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern bestand — 5 % von Seiten beider Eltern, 34,1 % von Seiten des Vaters, 41,7 % von Seiten der Mutter belastet, bei 19,2 % waren die Geschwister krank. Die Belastung stammte also wesentlich häufiger von der Mutter als vom Vater.

Ein ähnliches Resultat haben Gowers und Aronsohn:

	Belastung von Seiten beider Eltern	Belastung von Seiten des Vaters	Belastung von Seiten der Mutter	Geschwister etc. krank
Aronsohn . . .	10,5 %	29 %	39,5 %	21 %
Gowers	5 %	35 %	39 %	21 %
eigene Statistik	5 %	34,1 %	41,7 %	19,2 %

Der Behauptung Gowers', bei der Belastung von mütterlicher Seite her seien die weiblichen Nachkommen mehr gefährdet, wenn jedoch die Belastung vom Vater stamme, seien die männlichen Mitglieder mehr zur Epilepsie disponirt, kann ich nicht beistimmen oder höchstens dann, wenn ausschliesslich die gleichartige directe Vererbung berücksichtigt wird (s. unten).

Geht man weiter zur directen Uebertragung der Prädisposition von den Eltern auf die Kinder, so waren bei 141 von den 240 neuropathischen Epileptikern die Eltern selbst krank, das ist bei 59 %. Aronsohn fand 63 %, Tereskiewicz 40 %. Bei unseren Fällen waren beide Eltern krank 11 mal, der Vater allein 58 mal, die Mutter allein 72 mal. Also auch hier zeigt sich, dass die Belastung von Seiten der Mutter häufiger ist als die von Seiten des Vaters. Ein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern bestand nicht.

Wenn nur die gleichartige Vererbung berücksichtigt wird, so fand sich bei 148 der neuropathischen Fallsüchtigen Epilepsie in der Blutsverwandtschaft, das ist bei 61 2/3 %. Andere Autoren haben ähnliche Ergebnisse: Gowers etwa 66 %, Aronsohn 50 %. Was das Geschlecht anlangt, so kam Epilepsie in der Blutsverwandtschaft häufiger vor bei den weiblichen Epileptikern (64,3 %) als bei den männlichen (59,4 %); ähnlich constatirte Aronsohn bei 56,6 % der weiblichen und bei 44,8 % der männlichen neuropathischen Kranken Epilepsie in der Blutsverwandtschaft.

Ueber die Häufigkeit der Epilepsie bei den Eltern giebt folgende Tabelle Auskunft.

Es waren epileptisch

	beide Eltern	der Vater	die Mutter	
bei den männl. Epileptikern	—	13 mal	17 mal	30 mal
bei den weibl. Epileptikern	1 mal	7 mal	19 mal	27 mal
bei sämmtlichen Epileptikern	1 mal	20 mal	36 mal	57 mal

Also bei 57 von 240 neuropathisch belasteten Epileptikern waren die Eltern epileptisch, das ist bei 23,75 %; Aronsohn findet eine etwas niedrigere Zahl, nämlich 18 %.

Ferner ergiebt sich aus der Tabelle, dass bei 20 Epileptikern der Vater, bei 36 die Mutter epileptisch war. Es ist also die Epilepsie der Mutter verhängnissvoller für die Nachkommen als die des Vaters.

Schliesslich ist noch bemerkenswerth, dass 13 männliche und nur 7 weibliche Epileptiker einen epileptischen Vater hatten, während 17 männliche und 19 weibliche Epileptiker eine epileptische Mutter besassen. Man könnte daraus den Schluss ziehen — wenn man bei so kleinen Zahlen sich hierzu berechtigt glaubt —, dass der epileptische Vater die Epilepsie besonders auf die Söhne, die epileptische Mutter besonders auf die Töchter vererbt. Dies würde mit einer erheblichen Einschränkung die oben erwähnte Behauptung von Gowers stützen.

Wenn die gefundenen Zahlen auf die Gesammtzahl der Epileptiker bezogen werden, so liess sich bei 148 von 700 Epilepsie in der Blutsverwandtschaft feststellen, das ist bei 21 % (bei 19,19 % der männlichen und bei 23,68 % der weiblichen); bei 57 von 700 Epileptikern waren die Eltern epileptisch, das ist bei 8,14 % (bei 7,58 % der männlichen und bei 8,88 % der weiblichen Epileptiker).

In der Blutsverwandtschaft der 240 neuropathisch belasteten Epileptiker wurden 379 Fälle von Nerven- und Geisteskrankheiten gezählt, darunter 205 mal Epilepsie und Kindereklampsie. Aehnliche Zahlen hat Aronsohn, erheblich grössere Féré. Ein Ueberwiegen der Epilepsie in den Familien der weiblichen Fallsüchtigen, von Geistes- und Nervenkrankheiten in den Familien der männlichen, wie dies Aronsohn findet, kann ich nicht feststellen.



2. Toxikopathische Belastung.

Bei 63 Epileptikern, bei denen eine neuropathische Veranlagung nicht nachweisbar war, bestand eine toxikopathische Belastung (38 männlichen, 25 weiblichen Geschlechts). Es handelte sich 55 mal um Alkoholismus des Vaters, 4 mal um Alkoholismus der Mutter, 2 mal um Lues der Mutter, 1 mal um Lues der Eltern, 1 mal um Morphinismus beider Eltern. Die wichtigste Rolle spielt also die chronische Alkoholvergiftung und zwar besonders die des Vaters, entsprechend dem Ueberwiegen des Alkoholismus beim männlichen Geschlecht.

Die Fälle von Tuberculose bei den Eltern sind nicht mitgezählt worden, da die Bedeutung derselben als ätiologisches Moment noch nicht genügend erwiesen ist.

Die drei Fälle von Epilepsie bei Nachkommen syphilitischer Eltern seien kurz angeführt:

a) Mädchen, dessen Mutter luetisch, bei der selbst keine Zeichen einer hereditären Lues vorhanden waren, bekommt im 11. Lebensjahre den ersten Anfall. — b) Mädchen, dessen Mutter luetisch, die selbst hereditäre Lues hat, bekommt den ersten Anfall im Alter von $1^1/_4$ Jahren beim Zahnen. Es fehlen irgendwelche Herdsymptome. — c) Knabe. Beide Eltern luetisch; er selbst hat, ebenso wie seine Schwester, hereditäre Lues. Beginn der Epilepsie im ersten Lebensjahre. Keine Herdsymptome.

Es erübrigt schliesslich noch zu untersuchen, ob die Epilepsie bei den erblich Belasteten früher zum Ausbruch kommt als bei den nicht Belasteten.

Es erkrankten von den

	nicht belasteten Epileptikern		belasteten Epileptikern	
	vor dem 20. Lebensjahre	nach dem 20. Lebensjahre	vor dem 20. Lebensjahre	nach dem 20. Lebensjahre
männlichen Geschlechts . .	83,3 %	16,7 %	89,8 %	10,2 %
weiblichen Geschlechts . .	91,8 %	8,2 %	94,2 %	5,8 %
insgesammt . .	87 %	13 %	91,7 %	8,3 %

Demnach erkrankten von den nicht belasteten Epileptikern 87 % vor dem 20. Lebensjahre, von den belasteten dagegen 91,7 %. Die Epilepsie kommt also bei belasteten Individuen früher zum Ausbruch als bei den nicht belasteten. Zu demselben Resultat kommen Aronsohn und Tereskiewicz und auch Gowers, der Heredität bei 35 % sämmtlicher, bei 38 % der vor dem 20. Lebensjahre erkrankten Epileptiker feststellte.

Auch aus diesen Tabellen geht wieder hervor, dass die weiblichen Epileptiker seltener nach dem 20. Lebensjahre erkrankten als die männlichen.

(Schluss folgt.)



Friedrich Nötel †*)

Die rheinische Psychiatrie hat im letzten Jahrzehnt eine ganze Reihe von Verlusten erlitten. Nun ist ihr auch einer ihrer ersten Vertreter entrissen worden. — Am 31. October d. J. endete der Tod das an Mühen und Arbeit, aber auch an Erfolgen reiche Leben des Geheimen Sanitätsrath Dr. Friedrich Nötel, bis vor wenigen Monaten Director der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Andernach, auf den wir mit Stolz als einen der Unsrigen blickten, eines Psychiaters, der weit über die Grenzen der Stätte seiner Wirksamkeit, über die Grenzen der ihm zur zweiten Heimath gewordenen Rheinprovinz hinaus bekannt gewesen ist, der unter den deutschen Irrenärzten einen bevorzugten Platz einnahm und durch sein Wirken als Arzt und Mensch sich ungezählte Verehrer erworben hat.

Mit den rheinischen Psychiatern werden besonders alle Fachgenossen wie alle Collegen, die den Verstorbenen gekannt haben, den Heimgang dieses trefflichen Mannes schmerzlich bedauern.

Wie tief die Rheinische Provinzial-Verwaltung den Verlust beklagt, haben die Leser dieser Wochenschrift aus dem so warm empfundenen Nachrufe entnehmen können, den der Landeshauptmann der Rheinprovinz dem Andenken des Hingeschiedenen gewidmet hat.

Friedrich Gustav Nötel, der Sohn des zu Breslau verstorbenen Appellationsgerichts-Chefpräsidenten N., ist den 21. November 1839 in Posen geboren. Seine Gymnasialbildung erhielt er auf den Schulen zu Posen, Stettin, Frankfurt a. O., Arnsberg i. Westf. Seine medicinischen Studien betrieb er auf den Universitäten Heidelberg und Berlin von 1857—1861;

*) Die p. t. Abonnenten erhalten das Bildniss Nötel's auf Carton gedruckt nur auf speciellen Wunsch.



promovirte auch in Berlin mit der Arbeit „de meningitide spinali“ und kam danach seiner Militärdienstpflicht als einjähriger Arzt nach. Die nächsten Jahre benutzte N. zu seiner weiteren Ausbildung; besonders in der pathologischen Anatomie und Psychiatrie. Die Einberufung zum Feldzuge 1864, den er als Assistenzarzt eines schweren Feldlazarethes mitmachte, hinderte ihn, eine Assistentenstelle am Krankenhause Bethanien zu Berlin, die ihm für den 1. Januar 1864 übertragen war, zu übernehmen. Er hat seinem Bedauern darüber noch in späteren Jahren öfters Ausdruck gegeben. Nach der Rückkehr aus dem Feldzuge blieb er noch eine Zeit lang in Berlin, beschäftigte sich weiter vorzugsweise auf pathologisch-anatomischem und psychiatrischem Gebiete. Zur Psychiatrie bestand bei ihm offenbar von vornherein eine ausgesprochene Neigung, und ihr folgte er ganz, als er im Mai 1865 die Stellung eines Hilfsarztes an der Grossherzoglich Mecklenburgischen Irren-Heilanstalt Sachsenberg, die damals unter Leitung von Löwenhardt stand, annahm. Mit einer Unterbrechung von 6 Monaten, die er im Feldzuge 1866 als Assistenzarzt eines leichten Feldlazarethes der Mainarmee zubrachte, war er in der genannten Stellung bis zum Jahre 1868 thätig und ging im Juli desselben Jahres als zweiter Arzt an die Landesirrenanstalt zu Eberswalde. Mit seinem damaligen Director Zinn, unter dem er bis zu seiner Uebersiedelung in die Rheinprovinz wirkte, blieb er fürs Leben durch die freundschaftlichsten Bziehungen verbunden.


Geheimer Sanitätsrath Dr. Friedrich Nötel.

Als mit der Reorganisation des rheinischen Irrenwesens in den siebziger Jahren an Stelle der einzigen bisherigen Anstalt (Siegburg) fünf neue Anstalten für die fünf Regierungsbezirke erstanden, da wurde Nötel die Leitung der am 1. April 1876 eröffneten Anstalt zu Merzig a. Saar übertragen. Bei der Neueinrichtung dieser Anstalt hatte er mit grossen Schwierigkeiten zu kämpfen, die u. A. hauptsächlich aus dem Fehlen eines geschulten oder wenigstens dienstbereiten Pflegepersonals sich ergaben. Aber, wie wir aus vielen Einzelheiten wissen, er scheute keine Mühe und hat mit Selbstverleugnung daran gearbeitet, sich bald einen Stamm tüchtiger Pfleger und Pflegerinnen heranzubilden und die Anstalt auf eine den neueren Anschauungen entsprechende Höhe zu bringen.

Infolge der Eröffnung der Bonner Anstalt, an die Nasse berufen worden war, wurde Nötel der Nachfolger Nasse's in Andernach (Ende Juni 1881). Hier entfaltete er eine rastlose, segensreiche Thätigkeit durch fast zwei Jahrzehnte. Wer, wie ich, das Glück hatte, mehrere Jahre lang, unter ihm und mit ihm zusammen zu arbeiten, der ist der beste Zeuge dafür, wie unermüdlich er besorgt war für das Wohl seiner Kranken, wie er ganz aufging in der Erfüllung seiner Berufspflichten, wie grosses Interesse er an Jedem seiner Untergebenen nahm, für die er sein Bestes that, wo er konnte. Und es darf nicht unerwähnt bleiben, weil es sein ganzes Wesen kennzeichnet, welch' warme Antheilnahme und welche Rücksicht er den Angehörigen der Kranken entgegenbrachte. Für seine Aerzte war er stets anregend durch sein umfassendes Wissen, durch seine durchaus wissenschaftliche Anschauungsweise und seine reiche, psychiatrische Erfahrung. Bei allen Bestrebungen, welche den weiteren Ausbau und die Vervollkommnung der praktischen Irrenpflege zum Zwecke hatte, sahen wir Nötel schaffensfreudig stets die Führung übernehmen. Er hatte gerade die ersten Schritte zur Einführung der Familienpflege im Bezirke der Andernacher Anstalt gethan, als seine Krankheit seinem Streben ein Ziel setzte.

Neben seiner Berufsarbeit widmete Nötel hier wie früher im Reg.-Bez. Trier bei dem echt collegialen Sinn, der ihn auszeichnete, seine Zeit vornehmlich den ärztlichen Standesinteressen; seine langjährige, wirksame Thätigkeit als Vorstandsmitglied des Coblenzer Bezirks-Vereins und als Vorstandsmitglied der Aerztekammer der Rheinprovinz wird

nicht vergessen werden. Was die literarische Thätigkeit Nötels betrifft, so hat er in früherer Zeit eine Anzahl psychiatrischer Aufsätze geschrieben, die meist in der Zeitschrift für Psychiatrie veröffentlicht sind; von ihm stammen ferner, auch aus den letzten Jahren zusammenfassende Referate für den Verein deutscher Irrenärzte (z. B. die Prophylaxe der Tuberculose in den Irrenanstalten), für den ärztlichen Bezirksverein und die Aerztekammer.

Nötel erhielt im Jahre 1888 den Titel eines „Sanitätsrath" und bei seiner Pensionirung im Juli d. J. den eines „Geheimen Sanitätsrath." Wiederholt war er in Sachen der Irrenfürsorge für das Grossherzogthum Luxemburg um seinen bewährten Rath angegangen worden und war mit dem Ritterkreuz des Grossherzogl. Luxemb. Ordens der Eichenkrone, später noch mit dem Officierskreuz des Ordens der Eichenkrone ausgezeichnet worden. 1885 ward er zum Ehrenmitglied der Société de médécine mentale de Belgique ernannt.

Vom Jahre 1895 an war Nötel nicht mehr in der vollen Frische, deren er sich früher rühmen durfte. Es machten sich Erscheinungen einer Herzaffektion bemerkbar, die im Sommer 1895 dann zu einem Lungeninfarct führte und damit ernstere Warnungszeichen gab. Ein längerer Aufenthalt in Nauheim brachte wieder wesentliche Besserung und Kräftigung. Nur wurde leider die weitere Erholung vereitelt in Folge starker Gemüthsbewegungen, die ihm bald nachher bereitet wurden. Zu der noch nicht weit zurückliegenden Zeit, in der ungerechtfertigte und gehässige Angriffe gegen Irrenanstalten in der Mode waren und durch die Presse sensationelle Verbreitung erfuhren, da wurde auch Nötel und seine Anstalt eines Tages mit „dem Fall Weber" von gewisser Seite zum Zielpunkt der niedrigsten Verdächtigungen und Verleumdungen gemacht, nachdem er nicht lange vorher bei einem andern „Falle" gerade gegen jene Seite für seine Collegen wirksam aufgetreten war. Ich brauche an dieser Stelle nicht zu wiederholen, dass er glänzend gerechtfertigt aus dieser Affaire hervorging. Bemerken muss ich aber, dass das Schicksal des betreffenden Kranken selbst diese Rechtfertigung schliesslich noch bekräftigt hat, dass freilich davon die Tagespresse nicht mehr zu berichten wusste. Nötel hat sehr unter jenen Angriffen gelitten und es dauerte lange, bis er darüber hinweg konnte. Nicht lange nach einer abermaligen Cur in Nauheim traf ihn wieder eine starke Gemüthsaufregung. Am 24. December 1896 wurde er auf einer Krankenabtheilung von einem Imbecillen thätlich angegriffen und mit einem Tischmesser an der linken Unterbauchgegend ziemlich schwer verletzt; er konnte erst am 11. Januar 1897 seinen Dienst wieder aufnehmen.

Im folgenden Sommer verlor er durch den Tod nach mehrjährigem Leiden seine Gattin Agnes geb. Freiin von Lichtenstein, die ihm seit 1873 eine überaus besorgte Gefährtin gewesen war. So war er die letzten Jahre von herbem Missgeschick heimgesucht und es sollte ihm auch keine frohere Zeit mehr kommen.

Am 1. November 1897 desselben Jahres, das ihm die Gattin nahm, erkrankte Nötel selbst, eben von einer mehrtägigen Erholungsreise nach Hause zurückgekehrt, mit einem apoplektischen Insult und linksseitiger Hemiparese. Die Erscheinungen besserten sich zunächst wieder, so dass er daran denken konnte, seine Anstaltsthätigkeit wieder zu beginnen; jedoch der Versuch misslang. Im weiteren Verlaufe der Erkrankung stellten sich mehrfach von Neuem kleine Nachschübe mit Verschlechterung des Allgemeinbefindens ein. Zeitweise ging es ihm dann wieder besser, aber er wusste, dass er nicht mehr viel zu hoffen hatte. So zog sich der Zustand genau zwei Jahre lang hin. Am Vormittag des 31. Oktober cr. verlor er, nachdem er bis zum letzten Tage geistig durchaus regsam geblieben war, allmählich das Bewusstsein und verschied sanft schon nach wenigen Stunden.

Was Nötel seiner Fachwissenschaft geleistet, was er dem ärztlichen Stande, was er seinen leidenden Mitmenschen gewesen ist, das habe ich zu würdigen versucht. Als Mensch war Nötel eine ungemein liebenswürdige Persönlichkeit, eine vornehme Natur im vollsten Sinne des Wortes, begeistert für alles Schöne und Gute, treu seinen Freunden, wie sich selbst! Brie (Grafenberg).





Mittheilungen.

— **Der deutsche Verein gegen den Missbrauch geistiger Getränke zu Hildesheim** hat dem Reichstag wiederum seine Petition um baldigen Erlass eines durchgreifenden Gesetzes gegen die Trunksucht vorgelegt. Der Antrag der Commission auf Ueberweisung der Petition zur Berücksichtigung und als Material an den Reichskanzler wurde gegen die Stimmen der freisinnigen Volkspartei und Socialdemokraten angenommen. Der Redner erstgenannter Partei hatte Uebergang zur Tagesordnung beantragt! Nach Art und Dauer der Debatte und dem Umstand, dass die ganze Angelegenheit von parteipolitischen Gesichtspunkten aus betrachtet wurde, gewinnt man den Eindruck, dass die Volksvertreter von der Dringlichkeit des geforderten Gesetzes noch nicht ganz überzeugt sind; denjenigen von ihnen, bei welchen der Mangel dieser Ueberzeugung auf nicht hinreichender Kenntniss der durch den Alkohol im Volke angerichteten Schäden beruht, sei daher das Buch von Hoppe, Die Thatsachen über den Alkohol, Dresden, O. V. Böhmert, wärmstens empfohlen, ein Buch, das in keiner volksthümlichen Bibliothek fehlen sollte. Hoffen wir, dass die Regierung nun endlich der Petition Folge giebt und darin anderen Staaten, die hierin schon weit voraus sind (z. B. England 1898), versucht nachzukommen. Wie das Journal of Mental Science, October 1899, schreibt, ist man in den verschiedensten Bezirken Grossbritanniens und Irlands eifrig bemüht, sich der vom Inebriates Act gesetzten Aufgabe für Unterbringung der zu internirenden oder sich zur Aufnahme freiwillig meldenden Trinker in geeigneten Anstalten Sorge zu tragen, recht bald zu entledigen; man scheint allerwärts zu diesem Zwecke besondere Anstalten errichten bezw. erbauen zu wollen. Grossbritannien steht übrigens sowohl hinsichtlich Branntwein- wie überhaupt Alkoholverbrauch noch hinter Deutschland zurück, welches also das Trunksuchtsgesetz noch nöthiger hätte.

— **Zu den Erweiterungsbauten in Wuhlgarten** wird uns noch die folgende authentische Mittheilung gütigst zugesandt:

Die Stadtverordnetenversammlung von Berlin hat in ihrer Sitzung vom 10. d. M. der Erweiterung der Anstalt für Epileptische in Wuhlgarten um zwei Ueberwachungshäuser, eins für 100 Männer und eins für 60 Frauen, zugestimmt.

Die Anstalt, für insgesammt 1000 Kranke gebaut, kann nahezu 1100 — einschliesslich 100 Kindern — Unterkunft gewähren und enthält zur Zeit 558 Männer, 348 Frauen und 86 Kinder. Die meisten Erwachsenen wohnen in den sogenannten Landhäusern. Für die Kranken, die einer ganz besonderen Wartung, Pflege und Aufsicht bedürfen, ist für jedes Geschlecht ein sogenanntes geschlossenes Haus mit fünf von einander getrennten Abtheilungen vorhanden. Jedes Haus sollte 120 Kranke aufnehmen, ist aber schon längst mit mehr Kranken belegt.

Es stellte sich schon bald nach Eröffnung der Anstalt heraus und machte sich bei der zunehmenden Belegung der Anstalt immer fühlbarer, dass die Räume für die gefährlichen Epileptiker nicht zureichten, so dass in diesen Häusern mehr gemeingefährliche und schwierige Kranke untergebracht waren, als für die Behandlung, Ordnung und Sicherheit unbedenklich war. Um eine gewisse Abhilfe zu schaffen, hatte man in der Deputation für die städtische Irrenpflege beschlossen, einzelne Kranke, die hier nicht hinreichend sicher bewacht werden konnten, nach den beiden Irrenanstalten Dalldorf und Herzberge bei Lichtenberg zu bringen, wo entsprechende Beobachtungshäuser vorhanden sind. Doch war das mit dem Uebelstande verknüpft, dass nach dem jeweiligen Zustande derselben Kranke sich bald besser dort, bald in der hiesigen Anstalt befinden mussten, da es doch in der Eigenart der Epileptiker liegt, dass nach dem Zustande hochgradiger Gefährlichkeit wieder eine längere Zeit der Beruhigung eintritt, bei dem ein Verbleiben des Kranken unter den Irren nicht angebracht oder erwünscht sein konnte.

Diesem Gesichtspunkte entsprechend wurde daher, da nunmehr die Anstalt nahezu voll besetzt ist, die nothwendige Ergänzung der Anstalt durch zwei Ueberwachungshäuser beschlossen. In diesen Häusern sollen diejenigen Kranken untergebracht werden, welche der peinlichsten Aufsicht bedürfen und der Wartung die grössten Schwierigkeiten bereiten. Die Kranken werden auf vier Abtheilungen vertheilt, so dass bei den Männern je 25, bei den Frauen je 15 zusammen eine Abtheilung bewohnen. Es wird auf die grösstmögliche Trennung durch die Herrichtung vieler kleiner Zimmer Rücksicht genommen. Dass bei dem Grundzuge der Krankenhäuser eine grosse Zahl fester Einzelzimmer (Zellen) nicht fehlt, ist selbstverständlich. Auch einer Trennung der Kranken ausserhalb der Abtheilungen wird durch die Anlage je zwei grosser Höfe und eines grossen Gartens Rechnung getragen. Werthvoll für die ganze Ausführung und die Durcharbeitung des inneren Ausbaues sind hierbei die in Dalldorf und Herzberge gemachten Erfahrungen, wobei natürlich die Eigenart der Epileptiker bestimmte Abänderungen verlangt.

Die Kosten für die Ausführung, einschliesslich der Bodenbewegung, der Bepflanzung, der Umwährung, der Anschlüsse für die Heizung und Beleuchtung, die Ent- und Bewässerung, für die Herstellung der Wege und Beschaffung der Einrichtungsgegenstände sind auf 925 000 Mk. berechnet.

Hebold.

— Am 26. October d. J. hat die Auflassung des für die Errichtung einer **vierten Provinzial-Irren-**



anstalt in der Provinz Posen erworbenen, bisher Jockisch Vorwerk genannten Gutes bei Meseritz stattgefunden. Der an die Kgl. Ansiedelungscommission gezahlte Kaufpreis beträgt rund 120 000 Mk.

Die Fläche beläuft sich auf 114 ha, wovon fast 79 ha Acker, fast 8 ha natürliche Wiesen und 26½ ha Wald sind. An Gebäuden sind nur die zur Gutswirthschaft erforderlichen Baulichkeiten vorhanden.

Der Boden ist, von dem schwachen Forstbestande abgesehen, gut, theilweise von vorzüglicher Beschaffenheit.

Das Grundstück liegt verhältnissmässig hoch über dem dasselbe in seiner ganzen Länge begrenzenden Obraflusse. Die angestellten Bohrversuche haben das Vorhandensein guten Trinkwassers ergeben.

In der Sitzung des Provinzial-Ausschusses vom 9. bis 11. November d. J. ist bereits die Annahme eines Regierungs-Baumeisters behufs Aufstellung des Projects für die auf 700 bis 800 Kranke berechnete Provinzial-Irrenanstalt beschlossen worden. N. L.

— **Kreisirrenanstalt Werneck.** Der Landrath von Unterfranken hat in höchst anerkennenswerther Weise die von der Anstalts-Verwaltung beantragte Erhöhung der Pflegerlöhne genehmigt.

Es erhalten sonach vom 1. Januar 1900 ab

Pfleger:

Im 1. Jahre	25	Mk.	monatlich
„ 2. und 3. Jahre	30	„	„
„ 4. „ 5. „	35	„	„
„ 6. „ 7. „	40	„	„
„ 8. „ 9. „	45	„	„
„ 10. 11. und 12. Jahre	50	„	„
„ 13. 14. „ 15. „	55	„	„
„ 16. Jahre	60	„	„

Pflegerinnen:

Im 1. Jahre	18	Mk.	monatlich
„ 2. „	20	„	„
„ 3. 4. und 5. Jahre	25	„	„
„ 6. 7. „ 8. „	30	„	„
„ 9. 10. und 11. Jahre	35	„	„
„ 12. 13. „ 14. „	38	„	„
„ 15. Jahre	40	„	„

Dr. Kaufmann.

— Aus einem Artikel der Revue des Revues (1899, 1. Novbr.), überschrieben **„und die Blinden werden sehen"**, entnehmen wir Folgendes: Professor Peter Stiens trägt sich mit dem Gedanken, mittelst eines complicirten Apparates irgend ein optisches Bild nicht durch das Sehorgan, sondern direct dem Gehirn zu übermitteln, so dass die optische Wahrnehmung nicht nur den Blindgewordenen wiedergegeben, sondern auch den Blindgeborenen ermöglicht würde. Die Gelehrten Londons, wo sich der russische Gelehrte jetzt aufhält, stehen natürlich der Sache mit grossem Skepticismus gegenüber; aber in der wissenschaftlichen Welt ist man vor Ueberraschungen nicht sicher. Da Stiens vorläufig die Details seiner Idee noch geheim hält, bis gewisse an dem Apparate nothwendige Verbesserungen getroffen sind, ist man sehr gespannt auf den Ausgang und Erfolg seiner Versuche. Dr. L. Caze, der diese Mittheilung in der Revue des Revues veröffentlicht, hat sich nun zu Stiens begeben und ihn um den Stand der Dinge interpellirt. Stiens folgte der Aufforderung; er führte C. in ein kleines dunkles Zimmer und verband ihm die Augen. Hierauf legte er seinen Apparat um die Schläfe C.'s und momentan nahm der letztere ein unbestimmtes Bild der ihn umgebenden Gegenstände wahr; er konnte deutlich eine vorgehaltene Hand und deren Finger erkennen. Das Licht wurde allmählich stärker, die Gegenstände deutlich. C. hatte dabei an den Schläfen das Gefühl eines sehr schwachen elektrischen Stromes; als der Apparat von Stiens entfernt worden, hörten auch die Wahrnehmungen auf. Das Experiment war zu Ende. Das Bild soll auf einen Lichtschirm geworfen und von diesem durch einen elektrischen Strom direct ins Gehirn projicirt sein. — C. hegt im Stillen Zweifel, ob er nicht einem Taschenspielerstückchen zum Opfer gefallen ist!

— **A. Ritti** giebt in der eben erschienenen Nr. 3, 1899 der Annal. méd.-psych. eine Zusammenstellung der vom Anfang November 1898 bis Ende August 1899 in Frankreich durch die Tagespresse bekannt gewordenen Fälle von nichthospitalisirten Geisteskranken, welche in der Freiheit theils excentrische, theils criminelle Handlungen begangen haben; es sind im Ganzen 83, davon begingen:

Selbstmorde	22
Mordversuche, Bedrohungen mit Totschlag, gefährliche Angriffe	16
Mord und Selbstmord	14
Mord	10
Brandstiftung	6
„ und Selbstmord	2
Andere verbrecherische Handlungen und Excentricitäten	13
	83

Von diesen 83 starben durch Selbstmord 31. Durch freie Geisteskranke ermordet wurden 22, schwer verwundet 20 Personen.

Von diesen 83 Geisteskranken waren die einen zur Zeit des Verbrechens schon lange leidend; ihrer Internirung hatte man sich widersetzt; die anderen waren zu früh aus der Irrenanstalt entlassen, einige aus derselben entwichen. Es dürfte sich meist um Alkoholdeliranten und Kranke mit Verfolgungswahn und mit Melancholie gehandelt haben.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.



Beiblatt zu Nr. 36 der Psychiatrischen Wochenschrift.

2. December 1899.

Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.

Liste zu ermittelnder unbekannter Geisteskranken.

Nr. 1. (Prov. Posen.) Am 20. Januar 1899 ist auf dem Bahnhof in Koschmin eine zwischen den Bahngleisen umherirrende unbekannte geisteskranke Frauensperson aufgegriffen und demnächst in die Provinzial-Irrenanstalt zu Dziekanka bei Gnesen aufgenommen worden.

Die Personalbeschreibung ist folgende: Alter: 16 bis 20 Jahre, Grösse: nur 144 cm, Haare: dunkelblond, Augenbrauen: dunkel, Augen: grau, Nase und Mund: gewöhnlich, Zähne: gesund, Kinn: rund, Gesichtsbildung: oval, Gesichtsfarbe: gesund und blühend, Impfnarben: auf dem rechten wie auf dem



linken Oberarm je zwei, daneben auf beiden Oberarmen, dem Nacken und Rücken zahlreiche kleine Narben, welche von Ungeziefer herrühren, Sprache: polnisch, etwas lispelnd, derjenigen eines Kindes von 2 bis 3 Jahren ähnlich.

Die Direction der Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka beschreibt die Person im Uebrigen wie folgt: „Sie giebt selbst auf die allereinfachsten Dinge keine sinngemässe Antwort, kann nicht zählen, nennt ihren Namen bald Marinka, bald irgend einen anderen Namen. Spricht vor sich hin von ‚Vater, Mutter, Schwester, Herrn, Herrin', aber ausschliesslich polnisch und niemals so, dass ein verständiger Satz herauskommt.

Auf Befragen wiederholt sie z. B.: ‚Es war ein Huhn, kein Kind, es war ein Huhn. So ein Ei, so ein Ei', ganz gleichgiltig, ob man nach ihrem Namen, Alter, Zahl ihrer Augen, Esslust, Schmerzen oder anderem fragt.

Sie ist übrigens nicht gewaltthätig und leicht zu lenken, wie ein Kind von wenigen Jahren. Am Tage ist sie viel in Bewegung. Diese nur 144 cm grosse Kranke ist ziemlich knochenstark, mässig muskelkräftig, recht gut genährt, von blühender Gesichtsfarbe. Ihr Aeusseres lässt auf ein Alter von etwa 16 bis 20 Jahren schliessen, eine Schätzung, die bei so tief stehenden Idioten sehr wenig Sicherheit bietet.

Die Sprache ist etwas lispelnd und der eines Kindes von 2 bis 3 Jahren ähnlich.

Besondere auffällige Kennzeichen sind nicht vorhanden."

Etwaige hierauf bezügliche Mittheilungen bittet man unter U. 62 an den Landeshauptmann der Provinz Posen in Posen zu richten.

Nr. 2. Unbekannte, taubstumme Frauensperson. Am 19. October 1897 in Myslowitz aufgegriffen; ungefähr 20 Jahre alt; Grösse 1,50 m; Haare dunkelblond; Stirn gewöhnlich; Augenbrauen blond; Augen grau; Nase und Mund gewöhnlich; Zähne gut;



Kinn gewöhnlich; Gesichtsbildung oval; Gesichtsfarbe gesund; drei undeutliche Impfnarben auf dem linken Oberarm; Gestalt untersetzt; guter Ernährungsstand; normaler Körperbau; permanente Veitstanzbewegungen an Kopf und Gliedern; einmal wurden Krämpfe beobachtet. — Etwaige Mittheilungen hierzu an den Landarmenverband der Provinz Schlesien zu Breslau.

Nr. 3. Am 15. Septbr. 1897 wurde im Kreiskrankenhause zu Waldenburg in Schlesien eine etwa 45 Jahre alte geisteskranke Frau aufgenommen, die sich Auguste Richter nennt, aber über ihre sonstigen Personalien keine richtige Auskunft giebt, indem in Folge ihres tiefgreifenden Wahnsinns religiösen Inhalts und mit religiöser Beziehung ihre Persönlichkeit gänzlich verändert ist (glaubt, von Gott geboren, vom Himmel gekommen zu sein, alle Orte ihrer Heimath seien bei dem letzten Weltuntergange mit

vernichtet worden u. s. w.; einmal gab sie an, in „Kumrei bei Jerichow an der russischen Grenze bei einem grossen Flusse“ am 6. Juni 1851 geboren zu sein). Die Kranke ist 1,55 m gross, von kräftigem Körperbau, befriedigendem Ernährungszustande. Haare dunkelblond. Gesichtsfarbe etwas blass. Stirn ziemlich hoch; an der Grenze der Kopfhaare links eine alte, ca. 4 cm lange quere Hautnarbe, vom Hufschlage eines Pferdes herrührend. Regenbogenhaut



Photographie der A. Richter.

braun. Nase spitz. Zähne sehr defect. Schwangerschaftsstreifen vorhanden. Sprache deutsch, mit etwas ans Ostpreussische erinnerndem Dialekt.

Etwaige Mittheilungen, die zur Feststellung der Personalien dienen können, bittet man an den Landarmenverband der Provinz Schlesien zu Breslau zu richten.

Nr. 4. Am 22. Juni 1894 wurde eine unbekannte, ca. 50 Jahre alte Taubstumme, deren Photographie beistehend reproducirt ist, in Grünberg in Schlesien



aufgegriffen. Sie ist untersetzt und klein; das Haar blond, die Augen grau; Gesicht von slavischem Typus. Hatte keine Impfnarben. Sprache besteht in unartikulirten Lauten; scheint keine Taubstummenbildung genossen zu haben.

Etwaige Mittheilungen, die zur Feststellung der Personalien dienen können, bittet man an den Landarmenverband der Provinz Schlesien zu Breslau zu richten.

Nr. 5. Beschreibung eines in der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe untergebrachten taubstummen und schwachsinnigen Kranken. Ein unbekannter taubstummer Mann wurde am 20. August 1895 von der Polizei in Halle a. S. auf der Strasse aufgegriffen, und da er anscheinend im hohen Grade schwachsinnig war, am 2. November 1895 in die Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe aufgenommen, wo er sich noch jetzt befindet.

Signalement: Alter: ca. 30 Jahre; Grösse: 1,60 m; Haare: dunkel bis schwarz; Augen: braun;



Zähne: gut erhalten; Gesichtsfarbe: gesund; Haltung: vorgebeugt, schlaff; Gang: schlürfend, nach vorn fallend; Sprache: unartikulirte, rauhe Laute; Geberden: lebhaft; verständlich sind nur einige Geberden, besonders die des Rauchens und der Ausdruck der Erkenntlichkeit, wenn N. N. eine Cigarre geschenkt bekommt. Besondere Kennzeichen: an der behaarten Kopfhaut zahlreiche Narben; am Hals ein Gänseei grosser Kropf.

Irgend ein deutsches oder fremdsprachliches Wort ist bis jetzt von N. N. nicht gehört worden. Schreiben kann er nicht und zeigt auch kein Verständniss für irgendwelche geschriebene oder gedruckte Schriftzeichen. Sein Verhalten während seines hiesigen Aufenthaltes erwies ihn als einen harmlos Schwachsinnigen.

Für die Feststellung der Personalien des oben beschriebenen Unbekannten geeignete Anhaltspunkte bittet man unter IIa 15629/99 an den Landeshauptmann der Provinz Sachsen mitzutheilen.

Halle a. S., Buchdruckerei des Waisenhauses.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton**, Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel**, Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler**, Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 36. 2. December 1899.

Die „Psychiatrische Wochenschrift“ erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

[Aus dem anatomischen Laboratorium der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe (Altmark).]

Epilepsie nach acuter Encephalitis.

Von Dr. *Helmuth Müller*, I. Volontärarzt der Anstalt.

Bis vor Kurzem wurde ein halbseitiges Auftreten der Krämpfe bei Epilepsie für selten gehalten. Wer aber genau untersucht und vor Allem selber die Krampfanfälle beobachtet, wird finden, dass sowohl Innervationsunterschiede der Muskulatur, als auch Halbseitigkeit der Krämpfe oder vielmehr eine frühere und stärkere Betheiligung der einen Körperseite oft vorkommen. Wenn man dann in der Lage ist, die Vorgeschichte der epileptischen Erkrankung durch Befragen der Angehörigen etwas eingehender zu erforschen, als dies gemeinhin in den amtlichen Fragebogen geschieht, so wird sich mancher Fall von scheinbar bis auf die Geburt zurückgehender Epilepsie auf eine schwere Gehirnerkrankung in den ersten Lebensjahren oder in der Kindheit zurückführen lassen.

Freilich ist der Zusammenhang nicht immer klar: Selten schliesst sich das epileptische Leiden direct an die Gehirnerkrankung an; es bedarf oft einer vielleicht erst in der Pubertät einsetzenden neuen Schädlichkeit, einer Infectionskrankheit, einer schweren Ernährungsstörung, um das Leiden zum Ausbruch zu bringen. Wenn sich dann bei längerem Bestehen, unter dem Einfluss des Wachsthums und der beständigen Schädigung des Gehirns, die Spuren der ursprünglich localisirten Hirnerkrankung verwischen oder über das ganze Gehirn ausbreiten, so gelingt es auch der Section häufig nicht mehr, den Ausgangspunkt des epileptischen Leidens zu finden, wenn es sich nicht gerade um grobe Hirndefecte handelt.

Es wird daher die Beschreibung eines Falles willkommen sein, bei welchem sich der Zusammenhang der Hirnerkrankung mit der späteren Epilepsie auch anatomisch noch erbringen lässt. Ein besonderes Interesse bietet der Fall deshalb, weil die schweren motorischen Störungen durch makroskopisch kaum wahrnehmbare Veränderungen der Hirnrinde veranlasst waren und erst die feinere Untersuchung eine Erkrankung der Nervenelemente aufdeckte. Dabei steht der anatomische Befund in Einklang mit den klinischen Beobachtungen und gerade auf den Vergleich des anatomischen und klinischen Bildes möchte ich bei der Beschreibung des Falles den Hauptwerth legen.

Bergmannssohn H. H., geboren im August 1892, aufgenommen im Juli 1899, ist erblich nicht belastet. In der Kindheit hat er Rhachitis gehabt und in Folge dessen mehr-



fach Knochenbrüche erlitten. Gehen lernte er erst mit vier Jahren, Sprechen zur gewöhnlichen Zeit. Er litt an Hypertrophie der Mandeln, welche mehrere Male ausgelöst und ausgebrannt wurden, und erkrankte häufig an fieberhaften Anginen. Im Anschluss an eine mit heftigen Krämpfen einhergehende Erkrankung, für welche eine bestimmte Ursache nicht in Erfahrung zu bringen ist, trat im dritten Jahr eine linksseitige Lähmung der Extremitäten ein. Zu erwähnen ist noch, dass der Knabe um diese Zeit einen schweren Treppensturz erlitt. Im Laufe der Zeit traten die Krampfanfälle immer seltener auf, dagegen stellten sich Erregungszustände und eine Neigung zu unbesonnenen Streichen ein. Zu Zeiten raste er umher, schlug wild um sich und biss in die Möbel. Auch sonst war er ruhelos, lief auf den Bauernhöfen herum und quälte das Vieh, schlug anderen Leuten die Fenster entzwei, spielte nicht selten leichtsinnig mit Feuer und steckte dabei einmal das Bettzeug in Brand. (Wenn er seine Nothdurft verrichtet hatte, kam er oft mit Koth besudelt an.) Schliesslich gerieth er mehrmals in Tobsuchtszustände, die ihn gemeingefährlich erscheinen liessen.

Bei der Aufnahme fand sich folgender Status: Blasser, sehr dürftig genährter, seinem Alter entsprechend gewachsener Knabe. Schädelumfang 52 cm. Keine Degenerationszeichen. Rechte Pupille viel weiter als die linke; beide reagiren gut auf Lichteinfall und Accomodation. Gesicht nach links verzogen, bei Bewegungen bleibt die rechte Gesichtshälfte zurück. Zunge weicht etwas nach links ab, das Zäpfchen wird beim Intoniren nach links gehoben. Tonsillen stark hypertrophisch. An Brust- und Bauchorganen nichts Besonderes. Beide Unterschenkel nach aussen gekrümmt. Grösster Wadenumfang links 19,5, rechts 18,5 cm. Das linke Bein wird im Knie leicht flectirt gehalten. Beim Gehen steht das Becken links tiefer; das linke Bein wird weniger vom Fussboden aufgehoben, stampfend aufgesetzt; links geringe Spasmen.

Patellarreflexe beiderseits deutlich, links bedeutend lebhafter; links ist das Fussphänomen auslösbar, rechts nicht. Der Ulnarreflex ist links lebhafter als rechts. Auch am linken Arm geringe Spasmen; er wird etwas gebeugt gehalten. Bauchdeckenreflexe beiderseits gesteigert. Auf Nadelstiche reagirt der Knabe scheinbar links lebhafter als rechts; sonst keine Sensibilitätsstörungen. Kein Temperaturunterschied der beiden Körperseiten. Keine Articulationsstörungen; am linken Mundwinkel treten beim Sprechen öfter fibrilläre Zuckungen auf.

Patient ist vergnügt und zeigt ein munteres Wesen; er ist mittelmässig begabt und unterrichtet. Er liegt ziemlich ruhig im Bette, beschäftigt sich nicht, singt aber viel.

Anfangs hatte der Knabe ziemlich selten Anfälle. Während des Anfalles war er bewusstlos. Die Zuckungen, welche $^1/_2$ Minute anhielten, begannen im linken Bein, gingen dann auf den linken Arm und die linke Gesichtshälfte über. Die Augen waren nach links oben gerichtet. Nach dem Anfall war Patient eine Zeit lang benommen, dann war er wieder wie gewöhnlich.

In den ersten drei Wochen wurden acht Anfälle beobachtet; dann vermehrte sich, wie dies früher zu Hause auch schon wiederholt der Fall war, deren Anzahl, sie traten täglich auf und seit Anfang September zu mehreren am Tage. Vom 5. September ab war Patient meist benommen, nahm wenig Nahrung und schlief viel. Die Zahl der Anfälle, die alle in oben beschriebener Art verliefen und nur vielleicht zum Schluss sich auch auf die rechte Körperseite erstreckten, nahmen stetig zu, bis sie am 11. September mit 132 in 29 Stunden ihren Höhepunkt erreichten. Am 12. September stellten sich pneumonische Erscheinungen ein. Die Temperatur, welche früher zwischen 37 und 38 geschwankt hatte, nur ausnahmsweise bis 38,4 gestiegen war, betrug morgens 39,6, abends 38,8. Der Puls war sehr klein. Am Morgen waren 39 Anfälle gewesen, am Mittag hörten sie plötzlich auf, es stellte sich tiefer Schlaf mit Schweissausbruch ein und der Puls wurde kräftiger. Am 13. September war die Morgentemperatur 40,1, der Puls kaum fühlbar, der Knabe röchelte stark und schluckte nicht. Anfälle zeigten sich nicht mehr. Mittags 1 Uhr trat der Exitus ein.

Fassen wir das Krankheitsbild noch einmal kurz zusammen:

7jähriger Knabe, nicht belastet. Frühere Krankheiten: Rhachitis, häufige Mandelentzündungen, Treppensturz. Im dritten Jahre mit Krämpfen einhergehende schwere Gehirnerkrankung und linksseitige Hemiparese. Später Zurücktreten der Anfälle, Ausbildung psychischer Veränderungen, welche Anstaltsbehandlung erforderten. In der Anstalt Anfälle mit linksseitigen Krämpfen. Nach etwa fünf Wochen tödtlich endender Status epilepticus.

Die am folgenden Tage vorgenommene Section ergab folgenden Befund:

Schädeldach dünn. Dura prall gespannt, sehr blutreich; innere Fläche rosaroth, glatt. Beide Grosshirnhemisphären zeigen plattgedrückte Windungen; die Venen sind bis in die feinsten Aeste sehr stark gefüllt. An beiden Stirnlappen und am Hirnstamm kleine rothe Fleckchen unter der Pia; sonst ist die Pia überall zart und liegt glatt an. Gefässe der Basis weich und dünnwandig. Hirnsubstanz sehr feucht, Hirnrinde rosa gefärbt, sonst ohne gröbere Veränderungen.

Herzbeutel leer; linker Ventrikel gut contrahirt, Kranzvenen und Herzmuskel sehr blutreich, Klappen ohne Besonderheiten. Lungen zusammengesunken, Oberlappen lufthaltig, an den feinen Rändern schiefrig verfärbt und mit reihenweise angeordneten Luftbläschen versehen; Unterlappen sehr blutreich, an einzelnen Stellen von körniger fester Consistenz. Milz ohne Besonderheiten, Niere zeigt etwas breite, gelbe Rinde mit stark gefüllten Gefässen; Leber leicht verfettet, sonst ohne Besonderheiten.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Stauung und Oedem der Hirnsubstanz mit kleinen Blutungen unter der Pia. Interstitielles Lungenemphysem, lobuläre Pneumonie, parenchymatöse Lungenblutungen. Acute Nephritis.

Während makroskopisch ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Grosshirnhemisphären nicht zu erkennen war, boten sie mikroskopisch ein sehr verschiedenartiges Bild. Genauer untersucht wurden besonders die Präcentralwindungen, von denen Schnitte mit Hämatoxylin, nach Nissl, Golgi, van Gieson und nach der Weigert'schen Markscheidenfärbung behandelt wurden. Rechts ist die

Rinde wohl etwas schmaler als links; sie ist zellreicher und ihre Schichten heben sich deutlicher von einander ab, die Grenzen derselben verlaufen aber unregelmässiger. Am ausgesprochensten ist der Unterschied an der zweiten Meynert'schen Schicht; sie ist rechts wesentlich schmaler und kernreicher als links. Die Ganglienzellen der rechten Hemisphäre sind durchweg wesentlich kleiner als links und vielfach auffallend schlank gebaut. Sie stehen ganz unregelmässig, senden ihren Spitzenfortsatz oft schräg oder wagerecht ab, während die Zellen der linken Seite senkrecht zur Oberfläche gerichtet sind. Die pathologischen Veränderungen der rechten Ganglienzellen sind nun sehr verschiedenartig. Die kleinen Pyramiden der zweiten Meynert'schen Schicht bieten ein sehr auffallendes Bild, das an den grösseren Pyramidenformen nicht zu beobachten ist. An Hämatoxylinpräparaten erkennt man fast durchweg nur die Kerne, denen ganz vereinzelt gestaltlose Reste des Zellkörpers anhängen. Die Kerne sind rundlich, hell, zum Theil scharf umrandet, mit schönem Nucleolus und mehr oder weniger deutlicher netzförmiger Structur, vielfach aber gequollen, sehr hell, nicht überall scharf begrenzt, leicht körnig. An den nach Nissl gefärbten Schnitten treten die Reste des Zellleibes deutlich hervor. Derselbe stellt selten noch Pyramidenform dar, ist dann diffus gefärbt, körnig und lässt die Dendriten eine Strecke weit verfolgen; fast stets enthält er im Innern ein oder mehrere helle Stellen. Meist wird der Haupttheil des Leibes durch einen grossen runden, nicht scharf begrenzten Hohlraum gebildet, während um den Kern sich eine geringe Masse körniger Substanz befindet, die als feiner Saum um den Hohlraum herumgeht und zuweilen in Form zarter Fäden ihn durchzieht. Die Protoplasmafortsätze sieht man an den die Höhlung umziehenden Saum sich ansetzen. Sie sind vielfach gar nicht erkennbar, offenbar also zerstört. Die mittleren und grossen Pyramiden der rechten Seite sind meist schlank und deutlich pyramidenförmig, zuweilen erscheinen sie mehr rundlich und in Zerbröckelung begriffen, niemals enthalten sie aber im Innern Hohlräume. Die normaler Weise nicht färbbare Substanz des Zellleibes ist schwach gefärbt; die Dendriten sind daher eine Strecke weit deutlich erkennbar, nur bei den in Zerstörung befindlichen Zellen sind sie vielfach abgefallen. Die färbbare Substanz hebt sich gewöhnlich deutlich ab, aber in ungleichmässiger Vertheilung in Form von Körnchen, grösseren Schollen oder als unregelmässiges Netzwerk; vielfach finden sich um den Kern herum grössere Anhäufungen geformter, tief dunkel gefärbter Massen. In den am weitesten zerstörten Zellen finden sich oft kaum Reste der färbbaren Substanz, so dass der ganze Zellleib diffus gefärbt erscheint. Die Zellkerne sind meist hell mit mehr oder weniger scharfer Membran, deutlichem Nucleolus und körniger oder netzförmiger Structur. Andere Kerne sind dunkler, ohne scharfen Rand und ohne klares Structurbild; die betreffenden Zellleiber sind sehr schlank und dunkel gefärbt. Die Kerne liegen vielfach peripher, zuweilen aber auch im Centrum der Zelle. Die Riesenpyramiden zeigen dieselben Veränderungen; die Nissl'schen Körperchen sind vielfach geschwunden oder unförmig gestaltet. Die kleinen Pyramiden der vierten Meynert'schen Schicht zeigen nur vereinzelt die oben beschriebenen Hohlräume, meist sind sie den grösseren Pyramiden entsprechend verändert. Im Gegensatz zur rechten Hemisphäre sind bei der linken die sämmtlichen Pyramidenzellen der Hauptsache nach in gleicher Weise verändert, nur die kleineren Zellen in scheinbar stärkerem Maasse als die grösseren. Die Veränderungen entsprechen den für die grösseren Pyramiden der rechten Seite geschilderten. Links sind die Zellleiber aber durchweg gross, rundlich, gequollen, dabei vielfach auch im beginnenden Zerfall.

Das Neurogliagerüst ist, wie besonders an den nach van Gieson gefärbten Schnitten erkenntlich, rechts dichter als links. Ausserdem findet sich dort ein grösserer Reichthum an Gliazellen, die vielfach zu mehreren neben einander liegen, in Häufchen oder Reihen, oft auch den Ganglienzellen angelagert sind.

Die kleinen Venen sind links auffallend weit und dünnwandig, strotzend mit Blutkörperchen gefüllt; rechts tritt dieses wesentlich weniger hervor. Nicht selten finden sich Rundzellen, im Gewebe den Pyramidenzellen anliegend oder in den Lymphscheiden der Gefässe. Frische Hämorrhagien sind nur vereinzelt vorhanden, häufiger Anhäufungen gelbbräunlichen Pigments, theils in der Gefässwand, theils diffus im Gewebe.

Am Hirnstamm erkennt man schon makroskopisch, deutlicher an Schnitten, die nach Weigert's Markscheidenmethode gefärbt sind, dass die von der rechten Hemisphäre kommende Pyramidenbahn etwas dünner ist als die der anderen Seite; an den Schnitten ist ein geringer Ausfall gefärbter Markscheiden dort zu constatiren, der in der Brücke im Wesentlichen die mediale Partie des Pyramidenbündels zu betreffen

45*

scheint. Ausserdem fällt in der Oblongata eine wesentlich geringere Ausbildung des Nucleus arciformis der rechten Seite auf.

An den anderen Grosshirnregionen sind so auffallende Unterschiede der beiden Körperseiten, wie in der Präcentralwindung nicht vorhanden. Eine geringere Grösse der Ganglienzellen der rechten Seite schien mir freilich auch sonst vielfach vorhanden zu sein. Im Uebrigen bieten die Ganglienzellen ähnliche Bilder, wie sie von den grösseren Pyramidenzellen oben beschrieben sind. In einzelnen Gegenden fand ich ziemlich reichlich kleine frische Hämorrhagien, auch Pigment sieht man im ganzen Grosshirn nicht selten; in den Lymphräumen liegen bald selten, bald reichlicher Rundzellen.

Kleine Blutungen finden sich auch in der Medulla oblongata. Auffallend häufig sind hier ferner Leucocytenherde in Form rundlicher Haufen oder die Gefässe umscheidender Mäntel in der Weise, wie man es bei Gehirnerkrankungen mit schweren Circulationsstörungen, bei Paralyse, Epilepsie etc. nicht selten antrifft. Besonders sind mir auch einige derartige Herde in der Gegend des motorischen Vaguskerns aufgefallen.

Die mikroskopische Untersuchung der Wadenmuskulatur hat normale Verhältnisse und keine deutliche Verschiedenheit der beiden Seiten ergeben.

Die anatomischen Befunde am Gehirn erhalten besonders dadurch Werth, dass ein Unterschied zwischen beiden Hemisphären besteht, der erlaubt, Schlüsse auf den Zusammenhang mit bestimmten klinischen Symptomen zu ziehen.

Um die Uebersicht über die verschiedenartigen Veränderungen der beiden Hirnseiten zu erleichtern, will ich dieselben in ihren Hauptpunkten noch einmal schematisch gegenüberstellen.

1. Ganglienzellen:

rechts	links
a) klein, oft schlank;	a) nicht verkleinert, mehr rundlich;
b) unregelmässig gestellt;	b) in regelmässiger Stellg.;
c) in der zweiten Schicht mit grossen Hohlräumen versehen;	c) ohne Hohlräume;
d) periphere Stellung und diffuse Dunkelfärbung der Kerne. Chromatolyse, diffuse Färbung und Zerfall des Protoplasmas.	d) wie rechts.

2. Nervenfasern:

rechts	links
geringe Atrophie.	normal.

3. Neuroglia:

rechts	links
Verdichtung des Fasernetzes, auffallender Reichthum an Kernen.	normal.

4. Gefässsystem:

rechts	links
Hämorrhagien, Rundzellenextravasate, Pigment.	Hyperämie. Ausserdem dasselbe wie rechts, in grösserer Intensität.

Diesen Differenzen im anatomischen Befund beider Hirnhälften entspricht der Krankheitsverlauf und das klinische Bild. Die älteren Veränderungen, welche lediglich die rechte Seite betreffen, sind auf die linksseitige Lähmung und die ihr zu Grunde liegende acute Hirnerkrankung zu beziehen. Diese ist meines Erachtens eine acute Encephalitis gewesen, da der anatomische Befund den bekannten Folgezuständen einer solchen entspricht und die anderen acuten Processe, welche als Ursachen der cerebralen Kinderlähmung gelten, mit grosser Wahrscheinlichkeit auszuschliessen sind.

In Betracht kämen hauptsächlich die Embolie und eine Hämorrhagie grösseren Umfangs, als deren Residuen man auch Untergang von nervösen Elementen und Gliawucherungen finden kann. Bei ihnen aber würden diese Veränderungen localisirt auftreten oder, falls sie wirklich grössere Hirnabschnitte beträfen, schon makroskopisch erkennbar sein. Für eine Embolie zumal fehlen auch alle Anhaltspunkte. Es könnte noch entgegnet werden, dass auch ein chronischer sklerosirender Process dasselbe Bild liefern müsste. Die Möglichkeit muss dem anatomischen Befunde nach zugegeben werden, doch spricht der klinische Verlauf, das plötzliche Auftreten der Lähmung nach einer schweren acuten Erkrankung dagegen.

Suchen wir nun in der Anamnese nach einer Veranlassung jener acuten Encephalitis, so finden sich drei Momente, die als solche angeschuldigt werden können: die Rhachitis, der Treppensturz und die fieberhaften Anginen. Auf erstere wird man schwerlich zurückgreifen können, zumal das Schädeldach keine wesentlichen Veränderungen zeigt; überhaupt ist bisher ein Zusammenhang der Encephalitis mit Rhachitis nicht nachgewiesen. Eher könnte man das Trauma in Betracht ziehen. Beobachtet man



doch manchmal im Anschluss an schwere Schädelverletzungen statt grösserer Blutergüsse kleine Gefässzerreissungen in grosser Anzahl, welche Ernährungsstörungen des Gewebes und weiterhin diffuse Entzündung der betreffenden Gegend, vielleicht in Folge verminderter Widerstandsfähigkeit gegen bakterielle Infection, zur Folge haben. Wahrscheinlicher aber scheint es mir, eine von einer Angina ausgehende Infection anzunehmen, durch welche ja nicht selten an anderen Stellen des Körpers schwere Entzündungen veranlasst werden. Die acute Kinderencephalitis lässt sich bekanntlich vielfach direct auf acute Infectionskrankheiten zurückführen, ausserdem ist ein bakterieller Ursprung durch zwei kürzlich erschienene Veröffentlichungen von Buccelli und W. Pasteur wahrscheinlich gemacht, die ein epidemisches Auftreten gemeinsam mit Fällen spinaler Kinderlähmung beschrieben haben.

Welche specielle Rolle bei der Vergleichung des anatomischen Bildes mit den Symptomen der Encephalitis die besonders schwere Erkrankung der kleinen Pyramiden spielt, muss dahingestellt bleiben. Es liegt ja nahe, sie direct als die Ursache der Functionsstörung der Extremitäten anzusehen. Bei der Schwierigkeit und Unsicherheit derartiger Fragen muss man aber andere Beobachtungen abwarten, bevor man einen Schluss auf eine besondere Function dieser Schicht ziehen kann.

Der geringen Hypertrophie der gelähmten Extremitäten ist wohl keine grössere Bedeutung beizumessen, zumal die mikroskopische Untersuchung ein negatives Resultat ergeben hat. Immerhin ist dieser Befund erwähnenswerth, da er in der Literatur der cerebralen Kinderlähmung äusserst selten beschrieben ist.

Ausser den älteren Veränderungen an der rechten Hemisphäre, welche wir auf eine acute Encephalitis zurückgeführt und als anatomische Grundlage der Lähmung angesehen haben, finden wir nun ferner theils ältere, theils jüngere Veränderungen, die über das ganze Grosshirn ausgebreitet sind und sich auf Circulationsstörungen zurückführen lassen. Diese müssen wir mit der Epilepsie in Zusammenhang bringen. Fragen wir nun weiter nach einer Ursache für diese Krankheit, so kommen wir wieder auf die Encephalitis und die durch sie gesetzten anatomischen Veränderungen zurück. Wenn auch ein directes Aufeinanderfolgen dieser Erkrankungen durch die Anamnese nicht sicher gestellt ist, so ist doch gewiss, dass der Knabe bis zum dritten Lebensjahre keine Krämpfe gehabt hat. Von entscheidender Bedeutung aber ist, dass die epileptischen Krämpfe seit Beginn des Leidens und selbst bei dem zum Tode führenden Status zuerst auf der linken Körperseite auftraten und sogar im Wesentlichen auf dieselbe beschränkt blieben. Dass es sich in unserem Falle wirklich um eine Epilepsie gehandelt hat, geht aus dem klinischen Bilde mit Deutlichkeit hervor. Das beweisen die allgemeinen, mit Bewusstseinsverlust einhergehenden Convulsionen, der tödtlich endende typische Status epilepticus, sowie endlich die charakteristischen psychischen Störungen, die Reizbarkeit und die Tobsuchtsanfälle. Wir haben also in unserem Falle eine Epilepsie vor uns, welche sich, ohne dass Grund zur Annahme einer hereditären Prädisposition vorhanden wäre, in Folge einer in der Kindheit aufgetretenen acuten Encephalitis entwickelt hat. Demgemäss finden sich ganz bestimmte, auf gewisse Hirnpartien beschränkte anatomische Grundlagen, welche direct als Ursache der Epilepsie angeführt werden können. Da die Krankheit schon nach verhältnissmässig kurzer Zeit zum Tode geführt hat, ist es gelungen, die Ursprungsstelle des Leidens an der rechten Grosshirnhemisphäre noch nachzuweisen und so die klinische Annahme zu bestätigen. Hätte die Epilepsie noch Jahre lang bestanden, so würden die allgemeinen Grosshirnveränderungen sich wahrscheinlich weiter ausgebreitet und Folgeerscheinungen gemacht haben, so dass eine anatomische Unterscheidung der beiden Hirnhälften nicht mehr möglich gewesen wäre. Ueberhaupt sind die Veränderungen nicht derartig, dass sie schon bei grob makroskopischer Untersuchung nachweisbar waren, wie man sie als Narben, Cysten oder porencephalische Defecte häufig in Anschluss an acute Encephalitis findet, vielmehr wurden sie erst durch eine genaue mikroskopische Untersuchung aufgedeckt. Auf den epileptischen Status sind die Hyperämie, die frischen Blutungen, die Leucocytenextravasate und die acute Degeneration der Ganglienzellen zu beziehen. Von besonderer Wichtigkeit erscheinen die Befunde in der Oblongata. In der Gegend der wichtigsten nervösen Centren gelegen, lassen sie daran denken, dass deren Läsion die directe Ursache des Todes ist. Vor Allem finden in der Schädigung des Vaguscentrums die Respirationsstörungen ihre Erklärung.





[Aus der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe.]

Die indirecte künstliche Beleuchtung und das Fenster des Isolirzimmers.

Von *Fritz Jenner*, comm. Landesbaumeister in Lüneburg, vormals Bauleiter in Uchtspringe.

Als man im Anfang des scheidenden Jahrhunderts in Deutschland begann, die Geisteskranken aus den Zuchthäusern und Armenhäusern in eigene Irrenanstalten zu versetzen, wurden diese zunächst in vorhandenen Gebäuden untergebracht, in unbenutzten Schlössern und aufgehobenen Klöstern. Die Räume wurden, so gut es ging, den Zwecken der Anstalt angepasst, und naturgemäss wurde für den inneren Ausbau Manches dem Zuchthause, dem bisherigen Aufenthaltsorte der Kranken, entlehnt, wie auch vieles in der Behandlung der Kranken in den neuen Anstalten aus dem Zuchthause übernommen wurde. Man glaubte, ohne energische Zwangsmittel, ohne Strafen und ohne Einschüchterung die Geisteskranken nicht behandeln zu können.

In den neuen Anstalten entwickelte sich dann unter der Leitung der Aerzte die Irrenheilkunde allmählich zu der heutigen hohen Stufe. Fast jede wesentliche Aenderung in der Behandlung hatte Aenderungen auch in der baulichen Ausgestaltung der Anstalt im Gefolge, und ein flüchtiger Blick auf den Plan einer der alten Anstalten, ein oberflächlicher Vergleich mit dem Bilde einer neueren Anlage zeigt in überraschender Klarheit wie im Laufe dieses Jahrhunderts aus dem Gefängnis ein Krankenhaus geworden ist. Wenn so die Entwicklung der Irrenheilkunde auf den Irrenhausbau naturgemäss massgebenden Einfluss ausüben musste, so drängt sich noch eine weitere Wahrnehmung dem Beobachter auf: Die Behandlung der Kranken in einer Anstalt wird in fast gleichem Maasse durch die baulichen Einrichtungen beeinflusst. Gar oft wird es dem Arzte unmöglich gemacht, eine bestimmte Maassregel zu ergreifen, eine Aenderung in der Behandlung durchzuführen weil die vorhandenen Räume mit ihren für andere Zeiten, für andere Zwecke getroffenen Einrichtungen dieses nicht dulden. Es wird dann versucht, die grössten Anstände zu beseitigen, ein leidliches Kompromiss zwischen dem Erstrebenswerthen und dem Vorhandenen zu schaffen. Die so gewonnenen Bauten werden nicht immer den Anforderungen des Bauherrn voll entsprechen, aber der Eifer, der sie entstehen liess, lässt auch über die Mängel leichter hinweg sehen, wenn nur endlich die ersehnte Verbesserung in der Behandlung möglich wird. Sind dann die so gewonnenen Abtheilungen — oder seien es auch nur einzelne Räume — einige Zeit in der Benutzung, machen sich die Wohlthaten des veränderten Betriebes kenntlich, dann wird leicht sogar der Mangel übersehen, und dem Arzte, dem Techniker, der ausgereist ist, das Beste und Bewährte für einen neuen Bau zu suchen, wird nur das Rühmenswerthe des neuen Zustandes vorgeführt.

So ist es erklärlich, dass gerade auf dem Gebiete des Irrenhausbaues manche Einzelkonstruktion von einer Anstalt auf die andere übertragen wurde, die nicht in technischen und nicht in ärztlichen Gründen ihre Berechtigung fand, die aber wenig gemein hatte mit den heute gültigen Anschauungen über die Irrenbehandlung, die von den Errungenschaften der Technik unberührt geblieben war.

Dem Verfasser schien es eine dankenswerthe Aufgabe, einmal die Ausgestaltung des Isolirzimmers in seinen technischen Einzelheiten einer Prüfung zu unterziehen. Auch die freieste Behandlung macht das Isolirzimmer nicht entbehrlich, wiewohl es seinen früheren Charakter als Gefängniszelle glücklich verloren hat. Seine andere Bestimmung in der Hand des Arztes ein nur in bestimmten Fällen zur Verwendung kommendes therapeutisches Mittel zu sein — bedingt naturgemäss auch eine andere Bauart, als sie früher bräuchlich war.

In der Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie Bd. III und Bd. V sind von mir „die indirekte künstliche Beleuchtung des Isolirzimmers" und „das Isolirzimmerfenster" einer Besprechung unterzogen worden. Beide Male konnte überdies auf Einrichtungen verwiesen werden, welche sich in der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe bewährt hatten. An den angegebenen Stellen sind diese Einrichtungen durch Zeichnungen näher veranschaulicht worden, doch sollen sie hier kurz geschildert werden, so weit dieses ohne bildliche Erklärung möglich ist.

Für die künstliche Beleuchtung der Isolirzimmer stand in Uchtspringe elektrisches Licht zur Verfügung. Die Zimmer lagen an einem Flnr, der seine eigene Beleuchtung erhielt, so dass die Beleuchtung des Zimmers unabhängig von der des Flures eingerichtet werden konnte. Doch aber wurde



die Lampe in der Flurwand über der Thür angebracht, da einmal von hier aus die Bedienung des Lichtes am einfachsten war, und ferner von dort aus, in der Längsachse des Zimmers, die Beleuchtung am günstigsten wirkt. Verlangt wurde eine Beleuchtung, welche eine gute Besichtigung des Kranken während der Nacht gestattete, es sollte aber eine Erregung des Kranken durch direkten Anblick des Glühlichtes vermieden werden. Direktor Alt schlug deshalb vor, nur zerstreutes Licht zu verwenden.

Als Lichtquelle dient die 16kerzige Glühlampe, die nach oben vorne gestellt ist und von einem mit 3 Schrauben befestigten Bock nebst Rohrstutzen getragen wird. Die Birne steht in einem innen weiss emaillirten Reflector von der Form eines abgestumpften Kegels, dessen vorderer oberer Theil ohne Emaille gelassen worden ist, so dass direkt von ihm zurückgeworfene Strahlen nicht in das Auge der im Zimmer befindlichen Person gelangen. Vielmehr wird das ganze Licht gegen die Decke geworfen und von ihr an den Raum bezw. an die reflectirenden Wände zurückgegeben. Unterstützt wird die vollständige Zerstreuung des Lichtes noch durch die Anwendung einer dicken rauhen Hartglasscheibe. Die Maueröffnung, in welcher das Licht sich befindet, ist möglichst klein gemacht worden, so dass die Scheiben nur geringe Abmessungen erhalten haben und gegen jeden Angriff widerstandsfähiger geworden sind.

Die erreichte Helligkeit genügt den ärztlichen Forderungen; wesentlich trägt dazu der Umstand bei, dass Wände und Decke des Isolirzimmers vollständig hell gestrichen worden sind. Dieser helle Anstrich hat sich in jeder Beziehung bewährt, da er auch für die Tagesbeleuchtung die Anbringung verhältnismässig kleiner Fenster ermöglichte, die natürlich erheblich einfacher herzustellen sind, als die sonst beliebten grossen Fenster.

Diese „Isolirzimmer-Fenster" haben aber immer noch im Lichten eine Grösse von $^1/_7$ und nach Abzug aller Rahmen, Sprossen u. s. w. von $^1/_{11}$ der Zimmer-Grundfläche, so dass die Zimmer sehr hell sind, zumal naturgemäss keinerlei Vorhänge an den Fenstern angebracht werden können. Das Fenster erhielt die Abmessungen von $0{,}95 \times 1{,}90$ m, wie sie in kleinen bürgerlichen Wohnungen täglich angetroffen werden. Die Fensterbank wurde — abweichend von früheren Anordnungen — 1,25 m über dem Fussboden hoch gelegt, um es den Kranken unmöglich zu machen, die unteren Scheiben mit den Füssen zu bearbeiten. Grundsätzlich wurde ferner bestimmt, dass die Lüftung von dem Fenster gänzlich zu trennen sei. Selbstverständlich aber ist das Fenster so eingerichtet worden, dass es zum gründlichen Durchlüften des leerstehenden Zimmers und zum Reinigen der Scheiben vollständig geöffnet werden kann.

Um den Schall nach Aussen möglichst zu schwächen, wurde das Fenster als Doppelfenster hergestellt, dessen äusseres Fenster durch einen Pfosten und einen in der Mitte liegenden Kämpfer in etwa 4 gleiche Flügel getheilt worden ist. Das innere Fenster liegt bündig mit der Wand, und ist die Fuge zwischen Putz und Zarge durch in das Holz eingelassene Flacheisen gedeckt worden. Innen liegt der Kämpfer mit dem äusseren in gleicher Höhe, und auch die Sprossentheilungen decken einander. Die oberen und unteren Pfosten gehen aber mit den Flügeln ganz auf. Nach dem Vorgang von Ilten sind diese aus Eichenholz hergestellt worden, in dessen Falzen die 28 mm starken theils durchsichtigen, theils matten Hartglasscheiben ruhen. Auf die Flügel sind innen genau passende in den Ecken zusammengeschweisste 4 mm starke Eisenrahmen geschraubt worden, die den Rahmen die nöthige Stärke und den erforderlichen Schutz gegen die Angriffe der Kranken geben. Durch die Verbindung von Holz und Eisen sind alle die Unannehmlichkeiten vermieden worden, welche die ausschliessliche Verwendung von Eisen für die Herstellung wie für die Unterhaltung mit sich bringt. Verschlossen wird das obere wie das untere innere Flügelpaar durch einen Baskül-Verschluss mit besonderem Aufsteckschlüssel, der ein Oeffnen oder Schliessen der Fenster anders als durch den Wärter ausschliesst.

Erwähnt sei noch, dass zwischen den beiden Fenstern hinreichend Platz für eine Brettchen-Jalousie gelassen ist. Die Angaben über die Kosten zeigen überdies, dass diese ganz nach den Anforderungen des Arztes geschaffenen Einzelkonstruktionen nicht theurer sind, als die bisher üblichen.



[Aus der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe.]

Statistischer Beitrag zur Aetiologie der Epilepsie.

Von Dr. *Hans Lange*, Assistenzarzt in Uchtspringe.

(Schluss.)

II. Erworbene Prädisposition.

Während die Frage, ob in einem Falle eine angeborene Prädisposition besteht, verhältnissmässig leicht zu beantworten ist, macht die Prüfung der während des Lebens erworbenen Prädisposition häufig grosse Mühe. Bei jedem Kranken wird man zu entscheiden haben, ob die betreffende Schädlichkeit die epileptische Veränderung, die Prädisposition hervorgerufen hat, oder ob sie nur als auslösendes Moment gewirkt hat. Binswanger sagt in seiner Monographie (S. 100): „Alle Schädlichkeiten, welche beim Mangel einer angeborenen Prädisposition als vorbereitende Ursachen gelten dürfen, können zu jeder Zeit bei angeborenen prädisponirten Individuen als Gelegenheitsursache zur Entwicklung einer bestimmten Nerven- oder Geisteskrankheit dienen." Möglich erscheint es ferner, dass eine solche Schädlichkeit bei einem hereditär belasteten Individuum nicht den ersten Anfall auslöst, sondern nur die Prädisposition steigert, so dass ein geringerer Anlass später genügt, um die Krankheit zum Ausbruch zu bringen. Diese Annahme ist berechtigt, wenn man zugiebt, dass die ererbte Prädisposition nicht vollkommen gleichwerthig, sondern verschieden hochgradig ist. Wenn man jetzt noch erwägt, dass in manchen Fällen thatsächlich vorhandene erbliche Belastung sich nicht ermitteln lässt und dass eine Schädlichkeit zu gleicher Zeit die epileptische Veränderung vorbereiten und auslösen kann, ohne dass ein längerer Zeitraum zwischen der Einwirkung der Schädlichkeit und dem ersten Anfall liegt, so muss man zugeben, dass nur eine sorgfältige Analyse des einzelnen Falles, eine sehr genaue Anamnese eine richtige Beurtheilung der ätiologischen Momente möglich macht.

Hier sollen jetzt nur diejenigen Fälle aufgeführt werden, bei denen während des Lebens eine Schädlichkeit die Prädisposition geschaffen hat, ohne dass eine ererbte Veranlagung vorhanden ist. In 83 von unseren Fällen bestand eine erworbene Prädisposition. Dieselbe war, um die Eintheilung von Binswanger zu benutzen, geschaffen 1. durch Einwirkungen, die den Gesammtorganismus und das Nervensystem erschöpften, oder 2. durch Infectionen und Intoxicationen, oder 3. durch Traumen. Zu 1. 7 mal ist schlechte Ernährung in der ersten Lebenszeit und Rhachitis als Ursache genannt, 2 mal geistige Ueberanstrengung (bei zwei 24jährigen Männern). Ferner gehören hierher folgende drei Fälle: Ein Soldat machte im Alter von 21 Jahren den Feldzug gegen Oesterreich im Jahre 1866 mit; am Abend der Schlacht bei Königgrätz bekam er den ersten Anfall. Bei einem andern trat der erste Anfall auf während der Schlacht bei Thionville im französischen Kriege. Bei einem Dritten brach die Epilepsie aus, kurz nachdem er aus dem französischen Kriege in die Heimath zurückgekehrt war.

Zu 2. In erster Linie stehen hier die acuten Infectionskrankheiten: Masern (in 6 Fällen), Gehirn- und Gehirnhautentzündung (in 6 Fällen), Diphtherie, Scharlach, Scharlachdiphtherie, Lungenentzündung (in je 2 Fällen), Cholera, Pocken (in je 1 Fall).

Hierher sind vielleicht zwei Fälle zu zählen, bei denen der erste Anfall nach der Revaccination auftrat. Bei beiden war keine erbliche Belastung nachzuweisen. Ein Knabe erkrankte wenige Tage nach der Revaccination, ein Mädchen, als „die Pocken in höchster Blüte standen."

Alkoholismus verursachte 14 mal die Prädisposition, chronische Bleivergiftung 3 mal.

Erwähnt sei an dieser Stelle, dass unter unseren Kranken 23 Alkoholisten waren, die epileptisch wurden. Von diesen 23 waren 9 erblich belastet, 14 nicht.

Zu 3. Ein Trauma ist 28 mal als Ursache angegeben. Im Wesentlichen handelt es sich um Schädeltraumen, die allerdings hinsichtlich der Schwere sehr verschieden sind. Einige Beispiele seien angeführt: Bei einem 21 jährigen Manne blieb nach einem Schädelbruch neben einer halbseitigen Lähmung Epilepsie zurück. — Ein 5 jähriges Mädchen zog sich bei einem Fall einen Schädelbruch zu, lag 24 Stunden bewusstlos da. Den ersten Anfall bekam sie im 15. Lebensjahre zur Zeit der geschlechtlichen Entwicklung. — Ein Soldat fiel vom Klettergerüst auf den Kopf; $^1/_2$ Stunde später der erste Anfall. — Bei einem anderen Theile genügte ein Fall auf den Kopf, ein Schlag auf den Kopf, der häufig schwerere Störungen zunächst nicht zur Folge hatte, um nach kürzerer oder längerer Zeit die Krankheit hervorzurufen.



Ein längerer Zwischenraum besteht in folgendem Falle: Ein Kind fiel im ersten Lebensjahre vom Stuhle auf den Boden, hatte danach vorübergehend Krämpfe. Der erste Anfall trat auf im 6. Lebensjahre nach einem Schlag auf das Gesäss.

Zu den Fällen mit erworbener Prädisposition gehört schliesslich noch ein Kranker, der in Folge eines Hitzschlages epileptisch wurde.

Werden die gefundenen Zahlen kurz zusammengestellt, so ergiebt sich, dass bei 386 von 700 Epileptikern (= 55,14 %) eine Prädisposition nachweisbar war; dieselbe war in 303 Fällen ererbt, in 83 erworben. Der Procentsatz würde wahrscheinlich wesentlich grösser werden, wenn man bei jedem Kranken eine genaue Anamnese erheben könnte.

B) Auslösende Ursachen.

Auslösende Ursachen der epileptischen Veränderung oder Ursachen, die bei bestehender Prädisposition den ersten Anfall auslösten, sind in 181 Fällen angegeben und zwar Dentition 29 mal, Pubertätsentwicklung 15 mal, Trauma 24 mal, Infectionen und Intoxicationen 30 mal, psychische Schädlichkeiten 65 mal, sonstige Ursachen 18 mal.

Die Dentition ist nur da als Ursache gezählt, wo ausdrücklich angegeben ist, dass beim Zahnen, beim Durchbruch des ersten Zahnes der erste Anfall auftrat. Mit Sicherheit ist wohl anzunehmen, dass bei einem weit grösseren Theile der in den ersten Lebensjahren erkrankten Epileptiker die Dentition als auslösendes Moment gewirkt hat.

Erwähnt sei hier, dass bei 16 Kranken, bei denen die Epilepsie erst später zum Ausbruch kam, in den ersten Jahren eklamptische Convulsionen, „Krämpfe" bestanden hatten. Dieselben waren 15 mal auf die Dentition, 1 mal auf einen Magendarmkatarrh zurückgeführt. Der erste epileptische Anfall trat bei diesen Kranken zwischen dem 5. und 10. Lebensjahre 5 mal, zwischen dem 10. und 20. 10 mal, im 22. Jahre 1 mal auf.

Ebenso spielt wahrscheinlich die geschlechtliche Entwicklung, besonders bei dem weiblichen Geschlecht, eine weit grössere Rolle bei dem Ausbruch der Krankheit, als man nach der genannten Zahl annehmen sollte, besonders auch insofern, als sie die bestehende Prädisposition steigert, so dass während dieser Zeit ein ganz geringfügiger Anlass genügt, um den ersten Anfall auszulösen.

In 22 Fällen war ein Trauma für den Ausbruch der Krankheit verantwortlich zu machen. Die Traumen, die als auslösende Factoren wirkten, waren zum Theil ebenso schwer, zum Theil leichter als die Traumen, die die epileptische Veränderung schufen. Am häufigsten sind auch hier Schädeltraumen, daneben sind z. B. angegeben ein Beinbruch, ein Schlag gegen das Gesäss. Der Zusammenhang zwischen dem Trauma und dem ersten Anfall ist um so deutlicher, je kürzer die Zwischenzeit; z. B. Th., Mutter epileptisch; der erste Anfall im 7. Lebensjahre unmittelbar nach einem Schlag gegen den Kopf. — Hermine W., erblich belastet, hatte als Kind Zahnkrämpfe, fiel im Alter von 22 Jahren mit dem Hinterkopf auf das Eis; danach der erste Anfall. Bei mehreren Kranken war die Zwischenzeit länger, betrug mehrere Wochen bis zu einem Jahr: Knabe, dessen Vater und Schwester epileptisch sind, fällt im 13. Jahre auf den Kopf (Narbe vorhanden). Den Eltern fällt in den nächsten Monaten auf, dass er vergesslich wird. Ein Jahr nach dem Trauma der erste Anfall ohne bekannten Anlass.

In einzelnen Fällen, bei denen zwischen Trauma und dem ersten Anfall eine noch längere Zeit verfloss, scheint mir das Trauma weniger die epileptische Veränderung auszulösen, als vielmehr die bereits vorhandene Prädisposition zu steigern; z. B.: Ein Junge, dessen Vater Potator ist, fällt im 3. Lebensjahre auf den Kopf; er ist besinnungslos, hat vorübergehend Krämpfe. Im 11. Lebensjahre der erste Anfall.

Dieselben Infectionskrankheiten, welche die epileptische Veränderung vorbereiten, können diese auch auslösen. So sind aufgeführt Masern 6 mal, Gehirnentzündung, Typhus, Scharlach, Diphtherie je 3 mal, Cholera, Scharlachdiphtherie, Lungenentzündung, Gelenkrheumatismus mit Chorea je 1 mal.

Bei den Intoxicationen spielt der Alkohol eine gewisse Rolle: Bei einem 15jährigen Knaben trat der erste Anfall auf nach einem Excess in Bier; bei einem dreimonatlichen Kinde, dessen Vater Potator und geisteskrank war, nach dem Genuss eines Esslöffels Schnaps. In mehreren Fällen ist als auslösende Ursache notirt: Magendarmkatarrhe, Obstipation, überladener Magen (Autointoxication).

Unter den psychischen Einwirkungen, die die Epilepsie auslösen, ist die häufigste der Schreck (bei Gewitter, Feuersbrunst, in Folge Falles ins Wasser, beim Anblick einer Maske, beim Anblick der vermummten Schwester, in Folge eines Bienenstichs, des unvermutheten Stosses eines Ziegenbocks etc.). Ferner trat der erste Anfall auf in Folge heftiger psychischer Erregung beim Anblick der Leiche des



Grossvaters, bei der Beerdigung des Vaters, 4mal beim Anblick eines epileptischen Anfalls.

Die meisten Autoren halten den Schreck, die plötzliche psychische Erregung, für eine häufige auslösende Ursache der Epilepsie, Gowers sogar für die häufigste, besonders während der Pubertätszeit.

Schliesslich sind als auslösende Factoren noch angegeben: Frühgeburt, Entbindung, Oxyuren, Askariden, Onanie, Sonnenstich etc.

Zum Schluss folge eine Zusammenstellung der gewonnenen Resultate.

1. Bei 741 Epileptikern war das Verhältniss des männlichen zum weiblichen Geschlecht wie 5 zu 4.
2. 89% sämmtlicher Epileptiker erkrankten vor dem 20. Lebensjahre. Die erblich belasteten Epileptiker erkrankten früher als die nicht belasteten; von den belasteten erkrankten 91,7% vor dem 20. Lebensjahre, von den nicht belasteten 87%. Bei dem weiblichen Geschlecht begann das Leiden seltener nach dem 20. Lebensjahre als bei dem männlichen, in gleicher Weise ob eine Veranlagung bestand oder nicht.
3. Eine Prädisposition war nachzuweisen bei 386 von 700 Kranken = 55,14%. Sie war ererbt bei 300, erworben bei 83 Kranken.

   Erbliche Belastung (neuropathische und toxikopathische) war vorhanden bei 43,3% und zwar häufiger bei dem weiblichen Geschlecht (45,07%) als bei dem männlichen (41,97%).
4. Neuropathische Veranlagung fand sich bei 34,29% der Epileptiker, ebenfalls häufiger bei dem weiblichen Geschlecht (36,84%) als bei dem männlichen (32,32%). Die Belastung stammte häufiger von mütterlicher Seite als von väterlicher.

   Die Eltern selbst waren geistes- oder nervenkrank bei 59% der neuropathisch belasteten Epileptiker. Die Mutter war häufiger krank als der Vater.

   Epilepsie in der Blutsverwandtschaft war vorhanden bei $61\frac{2}{3}$% der neuropathischen Epileptiker und zwar bei 64,3% der weiblichen und bei 59,4% der männlichen Kranken.

   Die Eltern waren epileptisch bei $23\frac{3}{4}$% der neuropathischen Epileptiker. Die Mutter war wesentlich häufiger epileptisch als der Vater. Anscheinend vererbte sich die Epilepsie des Vaters häufiger auf die Söhne, die der Mutter häufiger auf die Töchter.
5. Eine auslösende Ursache für den ersten Anfall war bei 25,86% sämmtlicher Epileptiker nachzuweisen.



Mittheilungen.

— **V. Versammlung der Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen in Leipzig** am 22. October 1899. Theilnehmerzahl: 91.*)

Unter den gehaltenen Vorträgen nahm das Hauptinteresse derjenige von Möbius über die Anlage zur Mathematik in Anspruch; war man doch schon bei der Ankündigung desselben darauf gespannt zu erfahren, in welchem Umfange das Studium der längst als abgethane Sache betrachteten Schriften Gall's dem Vortragenden die Grundlage bot, diesen Gegenstand nicht bloss im Allgemeinen wieder aufzunehmen, sondern auch, wie es der inductiven Forschung entspricht, im Einzelnen die Möglichkeit der Nutzanwendung der Gall'schen Schädellehre nachzuweisen. Hatte doch Möbius in seiner Schrift über Franz Joseph Gall (Schmidt's Jahrbücher der Medicin, Bd. 262 und 263) die wissenschaftliche Bedeutung Gall's, die durch dessen Zeitgenossen und spätere Gelehrte (Flourens insbesondere) gänzlich in den Hintergrund gedrängt war, auf das Glänzendste restaurirt und damit manchem, auf Gall wie auf einen wissenschaftlichen Irrfahrer geringschätzig zurückblickenden Forscher der Gegenwart eine nicht gerade angenehme Ueberraschung bereitet; war es ihm ja gelungen, zu zeigen, wie so Vieles, was die neueste Hirnforschung zu Tage gefördert, speciell die neuere, jetzt von Flechsig entwicklungsgeschichtlich neubegründete Localisationslehre, Gall's Angaben und Ansichten bestätigt.

Möbius hat die Beobachtung Gall's, dass die ungewöhnlich starke Entwicklung des oberen äusseren Augenhöhlenwinkels ein äusseres Merkmal eines besonders ausgeprägten Zahlensinns sei, einer Revision unterzogen und in der That an einer Reihe von Schädeln oder photographischen oder plastischen Darstellungen von Köpfen berühmter Mathematiker, sowie durch Betrachtung lebender Mathematiker eine besondere Ausbildung der „Stirnecke" gefunden. Ueber die Bedeutung dieser Stirnecke, als des körperlichen und äusseren Zeichens eines vorhandenen

*) In Folge eines Irrthums konnte dieser Bericht erst heute zum Abdruck gelangen.



„mathematischen Organs", äusserte Möbius Folgendes:

„Es ist von vornherein wahrscheinlich, wenn man an das Angeborensein des mathematischen Talentes, an seine Unabhängigkeit von anderen Geistesthätigkeiten denkt, dass die Bedingung des mathematischen Talentes die Entwicklung einer umschriebenen Rindenstelle sei. (Ich sage ‚Bedingung', um damit alle voreiligen Theorien abzuweisen; mag sich die Sache verhalten, wie sie will, der Ausdruck Bedingung bleibt in Localisationsfragen correct.) Denn hing das mathematische Talent von der Qualität des Gehirns im Ganzen ab, so müsste es den übrigen Geistesfähigkeiten proportional sein. Wo ist jene umschriebene Rindenstelle zu suchen? Die Entwicklung der Sinne hat keinen Einfluss auf das mathematische Talent, dieses kann bei kleiner und bei grosser Sinnesschärfe vorhanden sein, hat auch keine Beziehungen zu bestimmten Sinnen. Es ist daher nicht zu vermuthen, dass das mathematische Talent an eine der sogenannten Sinnessphären geknüpft sei. Dagegen weisen folgende Erwägungen auf das Stirnhirn hin. Mögen auch manche Thiere in gewissem Sinne zählen, im Allgemeinen ist das mathematische Talent specifisch menschliche Anlage. Ihre Bedingung ist daher in den Theilen zu suchen, deren Grösse specifisch menschlich ist. Im Besonderen muss man an die Theile denken, die nur der Mensch hat, d. h. an die dritte Stirnwindung. Diese ist, wie Rüdinger nachgewiesen hat, sogar bei den Anthropoiden nur als Rudiment vorhanden. Der Mensch allein hat eine articulirte Sprache und eine ausgebildete dritte Stirnwindung und thatsächlich ist diese die Bedingung jener. Der Mensch allein hat die mathematische Anlage, sollte nicht auch die Bedingung dieser Fähigkeit, die ohnehin der Sprache verwandt ist, in der dritten Stirnwindung zu suchen sein? Nun ist der hintere Theil dieser Windung von der Sprache in Anspruch genommen, der vordere Theil aber ist frei. Wir kommen somit zu der Vermuthung, das vordere Ende der dritten Stirnwindung möchte Beziehungen zur mathematischen Anlage haben. Auf eben diese Stelle aber deuten die Eigenthümlichkeiten des Mathematikerkopfes, die das „mathematische Organ" bilden. Es ist eine zum Mindesten sehr natürliche Annahme, dass dann, wenn die Stirnecke in ungewöhnlicher Weise entwickelt ist, auch der von ihr umschlossene Gehirntheil, und das ist eben das vordere Ende der dritten Stirnwindung, ungewöhnlich entwickelt sei. Jeder Unbefangene hat den Eindruck, als ob der grosse Abstand des Processus zygomat. oss. front. von einander, das Hinausrücken dieses Processus nach aussen und der dadurch entstehende Wulst, die Senkung des äusseren Orbitaldaches, als ob alle diese Veränderungen eine stärkere Fülle der entsprechenden Ecke des Gehirnschädels ausdrückten. Es ist zweifellos, dass wirklich die knöchernen Theile stärker als sonst entwickelt sind. Aber sie sind es nicht allein, wie ich schon vorhin sagte, sondern es besteht offenbar eine Hyperplasie der Haut und ihrer Anhänge. Wie ist das zu verstehen? Vielleicht am besten durch die Analogie mit dem weiblichen Becken. Weil wegen der Function des Beckeninhaltes die Knochen stärker entwickelt sind, bildet sich auch eine massige Enwicklung der Weichtheile, eine Ansammlung von Fett, die nicht besonderen Zwecken dient, sondern ein Ausdruck der Wechselbeziehung der Theile ist, oder wie man sich sonst ausdrücken will."

Wie das Sprachcentrum wird auch das mathematische vorwiegend links gefunden. Die anatomische Untersuchung von Mathematikergehirnen ist bis jetzt nur vereinzelt ausgeführt und dabei nur ganz allgemein eine starke Entwicklung der linken dritten Stirnwindung constatirt worden.

In der Discussion äusserte sich zunächst Flechsig dahin, dass von der entwicklungsgeschichtlich bestehenden Theilung der dritten Stirnwindung in vier Felder eins ausschliesslich dem Menschen zukomme und dass dieses vielleicht zu dem mathematischen Centrum in besondere Beziehung zu bringen sei. — Sänger machte den Einwand, dass doch auch eine grössere Zahl gewöhnlicher Menschen, d. h. Nichtmathematiker, auf das Vorhandensein der Stirnecke zu untersuchen sei, wenn man allgemeine Schlüsse ziehen wolle; auch sei der Einfluss der Muskeln an der Stirn auf die Gestaltung der letzteren von Einfluss, namentlich bei geistigen Arbeitern, bei welchen die Mm. frontales und corrugatores meist sehr stark contrahirt seien und auf ihre knöcherne Ansatzstelle einen beständigen Zug ausübten.

Löwenthal und Schwarz glaubten vom psychologischen Standpunkte aus Einwendungen machen zu müssen, insofern, als man die Mathematiker von den Rechenkünstlern trennen müsse und bei ersteren zu dem Zahlensinn doch noch allgemeine Denkfähigkeiten, die auch anderen geistigen Berufsarten zukommen, wie anschauliche, analytische und constructive.

Hitzig bestreitet die Beweiskraft des vorgebrachten Materials, d. h. der Photographien, Stiche und Gypsabgüsse, weil sie die natürliche Gestalt nicht treu wiedergeben; aber selbst wenn sie der Wirklichkeit entsprechen würden, wäre damit noch nicht bewiesen, dass die stärker entwickelte Stirnecke nicht der grösseren Ausdehnung der Stirnhöhle und des spongiösen Gewebes, sondern eben nur derjenigen des vordersten Theiles der dritten Stirnwindung zuzuschreiben sei. — Möbius widerlegt die gemachten Einwände. —

Schwarz spricht über einige Fragen aus der Pupillenlehre und giebt einige Definitionen über die Störungen der Lichtreaction und der Accomodationsbewegung der Pupille, wodurch die diagnostische Bedeutung der Pupillensymptome klarer gelegt werden soll.

Pick sprach über Aenderungen des circulären Irreseins;

Ilberg über Fehlen des Grosshirns und Asymmetrie der anderen Hirntheile bei einem ausgetragenen



6tägigen Kinde mit ausgebildetem Schädel und mit Aplasie der Nebennieren; es fehlten die gesammte Grosshirnmarksubstanz, die vordere Commissur, der Balken, die Corpora mammillaria, der Fornix und die Zirbeldrüse; der Hirnstamm endete vorn mit zwei Höckern, die den verkümmerten Linsenkern bezw. Sehhügel enthielten; bei der Eröffnung des Schädels hatte sich eine grössere Menge seröser Flüssigkeit entleert; die Grosshirnblase war ein nur etwa 5 cm langes Säckchen, dessen Wand aus unentwickelter Hirnrinde bestand. Augen normal gebildet; nervöse Elemente der Retina dagegen sehr gering. Die Pyramidenbahn fehlte völlig.

Ziehen besprach und demonstrirte den Verlauf der Pyramidenbahn bei den Aplacentaliern.

Flechsig demonstrirte mittelst Projectionsapparats eine Anzahl Hirnschnitte, an welchen die successive Entwicklung der Leitungsbahnen des Grosshirns hervortritt. Vortragender weist zunächst darauf hin, dass das Gehirn überhaupt insofern eine ganz specifische Stellung einnimmt, als sich eminente Unterschiede zwischen verschiedenen Regionen in Bezug auf die Entwicklungszeit finden, und dass kein anderes Organ etwas auch nur entfernt Aehnliches erkennen lässt. Das Gehirn ist in Bezug auf die Successive in der Ausbildung seiner Unterorgane nur mit dem Gesammtkörper in Parallele zu stellen. Jedes einzelne Faserbündel hat seine besondere Stellung im Hinblick auf den Zeitpunkt seines Eintrittes in den Reifezustand. Dies zeigt sich z. B. an den Sinnesleitungen in der Art, dass von den peripheren Strecken zuerst die hinteren Rückenmarkswurzeln, Trigeminus, Glossopharyngeus, Vestibularis, später der Cochlearis, noch später der Opticus, zuletzt der Olfactorius sich mit Mark umhüllen, während bezüglich der centralen Leitungen (Stabkranz) die Ordnung sich folgendermaassen gestaltet: Hintere Wurzeln, Trigeminus u. s. w.; Olfactorius, Opticus, Cochlearis.

Die Entwicklung lässt bei der grossen Mehrzahl der Individuen dieselbe Reihenfolge und dasselbe Tempo erkennen; in einzelnen Fällen finden sich indess Ausnahmen dergestalt, dass entweder der Gesammtprocess rascher oder langsamer als gewöhnlich sich abspielt oder nur einzelne Bündel Besonderheiten zeigen.

Es wird ein Präparat demonstrirt, welches allgemeine Beschleunigung zeigt, dergestalt, dass noch vor Ablauf des zweiten Lebensmonates ein Zustand erreicht wird, welcher sonst erst im vierten Monat eintritt. Ein zweites Gehirn zeigt eine hochgradige Verlangsamung, dergestalt, dass drei Monate nach der reifen Geburt noch nicht die Höhe der Entwicklung erreicht ist, welche sonst reife Früchte schon bei der Geburt zeigen. Bei letzteren Individuen fand sich ein Syphilom in der Oblongata; da gleichzeitig eine hydrocephalische Erweiterung des Hinterhorns der Seitenventrikel besteht, ist möglicherweise der erhöhte Hirndruck also zunächst ein ursächliches Moment zur Entstehung der Anomalie; indess lässt sich auch an einen specifisch retardirenden Einfluss des syphilitischen Virus denken, um so mehr als gleichzeitig in den Hintersträngen graue Degeneration besteht.

Ein anderes Präparat zeigt eine anomale Entwicklungsfolge der centralen Sinnesleitungen im Stabkranz. Obwohl das Gehirn einem völlig reif geborenen Individuum angehört, welches annähernd fünf Wochen gelebt hat, lässt die Sehstrahlung deutliche Markscheiden nicht erkennen. Die Hörstrahlung weist mikroskopisch zahlreiche, feine, markhaltige Fasern auf, während in der Regel die Hörstrahlung nach der Sehstrahlung markhaltig wird. Dieser Befund ist wichtig etwaigen Einwänden gegenüber, welche man gegen die Angabe des Vortragenden über die Entwicklungsfolge der centralen Leitungen machen könnte; es giebt eben — wenn auch selten — Ausnahmen von der Regel.

Des Weiteren werden zwei Präparate demonstrirt, deren eines (16tägiges Kind, Horizontalschnitt) deutlich erkennen lässt, dass der sogen. Fasciculus longitudinalis inferior thatsächlich ein Projectionssystem darstellt, welches vom äusseren Kniehöcker und Sehhügel ausgeht und als die eigentliche optische Leitung zu betrachten ist. Ein anderes Präparat (Frontalschnitt durch beide Hemisphären eines sieben Wochen alten Kindes) zeigt, dass die Hörstrahlung links viel stärker ausgeprägt ist als rechts. Vortragender hat an zwei weiteren Gehirnen (die übrigen waren der angewandten Schnittrichtung halber zur Vergleichung beider Hörstrahlungen nicht geeignet) dasselbe constatirt, so dass es sich möglicherweise um ein gesetzmässiges Verhalten handelt. Ist dies der Fall, so erklärt sich die überwiegende Benützung der linken Hemisphäre zur Sprache allem Anschein nach aus der grösseren Zahl acustischer Leitungen, welche zur linken Hemisphäre gelangen. An der Taststrahlung konnte Vortragender bisher Asymmetrie ebensowenig finden wie an der Sehstrahlung.

An einem geneigten Frontalschnitt durch das Gehirn eines fünf Monate alten Kindes wird das parietale Associationscentrum demonstrirt, insbesondere seine Gliederung in die Randzone und das im Gyrus angularis gegebene Centralgebiet. Die ersteren lassen einen Anflug graublauer Färbung erkennen, das letztere nicht deutlich. Randzone und Centralgebiet sind Unterabtheilungen der vom Vortragenden unterschiedenen Associationscentren. Einen deutlichen Stabkranz lässt keines dieser Gebiete erkennen; das Centralgebiet enthält auch nicht die leiseste Andeutung, wie denn auch (nicht demonstrirte) Horizontalschnitte aus dem Gehirn eines Kindes, welches sieben Monate gelebt hatte, einen Stabkranz gänzlich vermissen lassen.

Schliesslich betont Vortragender, dass jedes durch besondere Entwicklungszeit ausgezeichnete Rindenfeld auch unter besonderen Ernährungsbedingungen sich entwickeln kann, sei es, dass die Mutter, sei es, dass das Individuum selbst vorübergehend erkrankt. Die marklosen Bezirke werden durch gewisse Einflüsse leichter und schwerer geschädigt als die markhaltigen, so dass sich die Folgen vielfach nur an ersteren zeigen.

So beobachtete Vortragender an einem Idiotengehirn, dass die Sinnescentren theils gut, theils mässig gut entwickelt waren, während die Terminalgebiete (Centralgebiete der Associationscentren) völlig in eine cystische Masse umgewandelt erscheinen. Umgekehrt können vielleicht besonders günstige Ernährungsverhältnisse zu einer gegebenen Zeit ein Rindenfeld in seiner Entwicklung besonders fördern und eine stärkere Ausbildung ermöglichen. —

In der Nachmittagssitzung erstattete Neisser sein kritisches Referat über den derzeitigen Stand der Katatoniefrage; Gross sprach über die Behandlung der Erregungszustände nach Maassgabe der gegenwärtig in Alt-Scherbitz geübten Praxis; Quenzel über Bleipsychosen; Margulies über experimentelle Untersuchungen über das Fehlen des Kniephänomens bei hoher Rückenmarksdurchtrennung; Sänger über den oberen Facialis bei der cerebralen Hemiplegie (betont die häufige Betheiligung des oberen Facialis bei cerebraler Hemiplegie) und Ranniger über die krankhafte Lüge (letzterer Vortrag wird in dieser Wochenschrift erscheinen). Döllken's Vortrag über den Bau des Thalamus opticus fiel der vorgerückten Zeit wegen aus.

— **Die XXX. Jahresversammlung der südwestdeutschen Irrenärzte** fand am 18. und 19. Novbr. in Frankfurt a. M. statt. Die Versammlung war aus allen Theilen Süd- und Westdeutschlands, auch aus der Schweiz, gut besucht und zählte über 80 Theilnehmer.

Sioli-Frankfurt a. M. behandelte in einem eingehenden Referat die klinische und diagnostische Seite der Imbecillität und legte der Versammlung einen durch zahlreiche Prüfungen an Gesunden und Kranken gewonnenen Fragebogen für einfache Begriffe und Urtheile vor, den er zur Aufnahme des psychischen Status bei leicht Schwachsinnigen und Imbecillen empfiehlt. Buchholz-Marburg sprach über die forensische Seite der Imbecillität, Fürstner-Strassburg „zur Behandlung der Epilepsie". Er betonte, dass es gewisse Formen von Epilepsie, namentlich bei jugendlichen Personen, gäbe, wo die Verabreichung von Brom keinen Erfolg habe, sondern im Gegentheil oft eine Verschlimmerung des geistigen Zustandes herbeiführe, während bei diesen Fällen in der Anstalt ohne jede Therapie die Anfälle häufig schnell cessirten. Auch hebt er hervor, dass die Bromtherapie, wenn sie Erfolg haben solle, sich über Jahre hinaus erstrecken müsse und bei genuiner Epilepsie besonders dann günstig wirke, wenn sie in der Kindheit bereits begonnen und bis über die Pubertät hinaus fortgesetzt wurde. Hoche-Strassburg behandelte in seiner klaren, lichtvollen Art die klinische Stellung der Zwangsvorstellungen, die er in Anlehnung an die Westphal'sche Auffassung als ein durchaus selbstständiges Krankheitsbild in der Reihe der Psychosen betrachtet wissen will. Die Thatsache, das Zwangsvorstellungen als Symptom auch bei anderen Psychosen, besonders im Initialstadium, auftreten und dann zuweilen in Wahnvorstellungen übergehen können, rechtfertige nicht die Versuche einiger Autoren, diese Psychose von ihrer selbständigen klinischen Stellung zu verdrängen. Weygandt-Würzburg: „Psychiatrisches zur Schularztfrage" zeigte an geeigneten Beispielen, wie nothwendig es ist, vom Schularzt eine psychiatrisch-psychologische Vorbildung zu verlangen; Ransohoff-Stefansfeld berichtete über Veränderungen im Centralnervensystem in einem Fall von Verblutungstod; Sommer-Giessen demonstrirte seinen Apparat zur Messung der Pupillarreaction. Aschaffenburg-Heidelberg sprach „über gefährliche Geisteskranke" und zeigte an der Hand der Verhältnisse der Heidelberger Klinik, welche Schwierigkeiten sich durch Anhäufung solcher Kranken an einzelnen Anstalten ergeben müssen. Besonderes Interesse erregte der Vortrag Kräpelin's über „die psychiatrische Aufgabe des Staates". Der Staat habe die Aufgabe, durch Bekämpfung des Alkoholismus und der Syphilis zwei der wichtigsten ätiologischen Factoren für Entstehung von Geisteskrankheiten zu eliminiren. Er müsse die Fürsorge für bereits einmal Erkrankte weiter ausdehnen und darf die Verpflegung Geisteskranker Laien und Geistlichen nicht übertragen. Für die Leitung von Privatanstalten, wo die Verhältnisse oft viel schwieriger lägen wie an öffentlichen, sei eine 2jährige psychiatrische Vorbildung, die nicht einmal in allen deutschen Staaten gefordert werde, unzureichend, die Einrichtung von Stadtasylen müsste für alle grösseren Städte von Staatswegen verlangt werden, um so traurige Zustände, wie z. B. in München, zu verhüten. Die freiwillige Aufnahme in den öffentlichen Anstalten müsste möglichst erleichtert, nicht aber durch Laiencommissionen und psychiatrisch schlecht vorgebildete Bezirksärzte erschwert werden. Eine bessere psychiatrische Erziehung der Juristen wäre ebenfalls wünschenswerth. Für die wissenschaftliche Forschung in der Psychiatrie könne vom Staate noch mehr geschehen, es sei unmöglich, dass der Director einer grösseren Anstalt gleichzeitig auch Professor an der psychiatrischen Klinik, wie noch an vielen Universitäten, sein kann; auch bei Besetzung der psychiatrischen Professuren werde nicht immer im Interesse der Wissenschaft verfahren. Die pekuniäre Stellung der Irrenärzte müsste verbessert werden und bei Besetzung der höhern Stellungen an den Irrenanstalten in erster Linie Aerzte, die wissenschaftlich thätig sind, Berücksichtigung finden. Gegenwärtig könne man an vielen Anstalten geradezu von einer „Inzucht" sprechen, die höhern Arztstellen würden nicht erarbeitet, sondern ersessen. Eine Fortsetzung dieser Methode führe schliesslich zu einer Stagnation, die auf den Stand der Irrenärzte aufs Ungünstigste zurückwirken müsse.

In der Discussion erklärten sich Kreuser und Tuczek mit den Ausführungen Kräpelin's einverstanden, Kreuser tritt besonders auch dafür ein, dass von jeder Anstalt ein Anstaltsarzt auf öffentliche Kosten zu den Versammlungen des „Vereins der deutschen Irrenärzte" gesandt werde, was Tuczek für Marburg bereits erreicht hat. Fürstner wendet



sich ebenfalls in scharfen Worten gegen die bei Besetzung der irrenärztlichen Stellen betriebene Inzucht, die das Wort Griesinger's vom „Lehrling, Gesellen und Meister" zur Wahrheit mache.

Von anderer Seite wurde in der Discussion hervorgehoben, dass während man noch vor 1—2 Jahrzehnten nicht selten Aerzte ausschliesslich auf Grund ihrer wissenschaftlichen Thätigkeit an die Spitze von Irrenanstalten berufen und damit die besten Erfahrungen gemacht habe, gegenwärtig an einzelnen Orten die wissenschaftliche Thätigkeit eines Bewerbers nicht eine Empfehlung, sondern geradezu ein Hinderungsgrund für den Erfolg der Bewerbung zu sein scheine. Sioli erklärt sich ebenfalls in Uebereinstimmung mit Kräpelin, betont aber, dass eine Besserung dieser Zustände erst dann erwartet werden könne, wenn die pekuniäre Stellung der Irrenärzte in der gleichen Weise wie beim Richter- und Lehrerstand nach der Anciennität geregelt würde. Bei gleicher pekuniärer Stellung würde es von den älteren Anstaltsärzten, die nicht den Ehrgeiz zu wissenschaftlicher Thätigkeit besässen, auch nicht als Ehrenkränkung empfunden werden, wenn Aerzte mit wissenschaftlichen Bestrebungen an die leitenden Stellen berufen und ihnen vorgesetzt würden. In seinem Schlusswort wendet sich Kräpelin besonders gegen die Ausführungen von Schüle, dass für die Besetzung der leitenden Stellen an den Irrenanstalten besondere administrative Kenntnisse nothwendig wären. Nach seiner Erfahrung könne man sich dieselben in kurzer Zeit aneignen, auch habe er bei Anregung dieser Frage nicht gleich die Director- und II. Arztstellen im Auge gehabt, er sei schon zufrieden, wenn Aerzte die wissenschaftlich thätig waren, wenigstens bei Besetzung der III. Arztstellen Berücksichtigung fänden.

Auf Antrag Fürstner's sprach sich sodann noch die Versammlung gegen die neue Prüfungsordnung für Mediciner, die am 1. April nächsten Jahres in Kraft treten soll, aus, da dieselbe nicht eine Verbesserung, sondern eine Verschlechterung der psychiatrischen Vorbildung des angehenden Arztes bedingen würde.

Die weitern angekündigten Vorträge mussten aus Mangel an Zeit ausfallen, die Berathung der Statuten wurde für die nächstjährige Versammlung, die in Karlsruhe stattfinden soll, zurückgesetzt.

Sander-Frankfurt a. M.

— **Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.** (Sitzung vom 13. Nov. 1899.)

1. Herr Kalischer berichtet über einen Fall von spinaler Kinderlähmung mit Verlängerung der Knochen.

2. Herr Toby Cohn stellt eine etwa 20 Jahre alte Kranke vor, bei welcher sich seit circa einem Jahre Schwäche der Augenlider und periodische Diplopie eingestellt hat. Objectiv: Starrer Gesichtsausdruck, Gaumensegel ermüdet leicht; Kauen und Schlucken erschwert; bei mehrmaligem Erheben der Arme wird diese Bewegung immer geringer. Elektrische Erregbarkeit normal. Gang zunächst normal, jedoch einerseits watschelnd. Bauchmuskeln schwach. Kniephänomene lebhaft. Diagnose: Myasthenia pseudoparalytica; differential diagnostisch sei dies von Polyomyelitis wohl nicht ganz scharf zu trennen. Die Blutuntersuchung ergab übrigens starke Leukocytose.

3. Herr Seifert stellt ebenfalls einen Fall von Myasthenie vor, nämlich eine 40 jährige nicht belastete Frau, welche seit acht Jahren im Anschluss an Durchnässung an rheumatischen Beschwerden in den Beinen und Ermüdbarkeit leidet. Objektiv: Ptosis beiderseits; beim langsamen Zählen zunehmend nasale Sprache, desgl. bei fortgesetzten Bewegungen zunehmende Schwäche der oberen und unteren Extremitäten. In der Discussion weist Herr Oppenheim auf die Beziehungen der Myasthenie zu congenitaler Anlage hin.

Herr Jolly betont die Aehnlichkeit mancher derartiger Erscheinungen mit Muskeldystrophie, warnt aber davor, diese Krankheiten zusammenzuwerfen.

Herr Remak meint, man müsse erstens die Fälle, in welchen vorwiegend Bulbärerscheinungen vorhanden seien, mehr trennen von denen mit vorwiegender Extremitätenbeteiligung, desgl. müssten zweitens die Fälle abgeschieden werden, in welchen myasthenische Reaktion vorhanden sei.

Herr Mendel nimmt an, dass es sich wohl kaum um eine blosse Muskelerkrankung handele, wofür auch besonders der häufige Eintritt von plötzlichen Athmungslähmungen spreche, wie man sie sonst nur bei centralen Erkrankungen zu sehen gewohnt sei.

Herr Jolly hebt hervor, dass die myasthenische Reaction stets vorhanden war, dass sie aber nicht jeder Zeit nachweisbar, dass man also eventuell mehrfach untersuchen müsse.

4. Herr Cassirer demonstrirt einen 29jährigen Schlächter, welcher seit Weihnachten 98 an anfallsweisem Kopfschmerz mit Schwindel und Erbrechen leidet; seit Frühjahr 99 Abnahme der Sehkraft. Objectiv: Hemianopsia bitemporalis. Papilla nervi optici rechts in toto abgeblasst. R./L. träge, keine hemianopische Pupillenreaction. Leichte Ptosis links, gelegentlich vorübergehende (ca. 1/2 Stunde andauernde) complette Oculomotoriuslähmung links. Geruchsvermögen herabgesetzt. Leichte Parese des unteren VII. links. Patient klagt darüber, dass seine Nase dicker werde; Clavikel etwas verdickt, sonst keine Zeichen von eventueller Agromacgalie. Diagnose: Hypophysentumor, eventuell Lues cerebri (Basalmeningitis). Discussion: Herr Bernhardt neigt in Anbetracht der passegèren III lähmung mehr für die Annahme einer Lues cerebri.

Herr Oppenheim demonstrirt das an dem Kranken aufgenommene Röntgenbild, an welchem ersichtlich ist, dass die Sella turcica mehr ausgehöhlt ist, als unter normalen Verhältnissen.

5. Herr Kalischer bespricht einen Fall von Teleangiektasie der rechten Gesichtshälfte, bei welchem linksseitige Jackson'sche Epilepsie und dann spastische



linksseitige Hemiparese eintrat. Diagnose auf Angiom der linken Hemisphäre durch Autopsie bestätigt.

6. Herr Brasch bespricht das Verhalten der Sehnenreflexe bei hoher Querschnittsdurchtrennung des Rückenmarks und führt das auch von ihm beobachtete Fehlen der Patellarreflexe auf Veränderung der Ganglienzellen des Lendenmarks, wie sie sich mit der Nissl'schen Methode nachweisen liessen (Granulazerfall etc.), zurück.

Kaplan-Herzberge.

Bücherschau.

Night-nursing and Supervision in Asylums. By F. Ashby Elkins und Jas. Middlemass.

(The Journ. of Ment. Science, Oct. 1899.)

Ueber die nächtliche Pflege unruhiger, unreiner und zerstörungssüchtiger Geisteskranker theilen die Verfasser auf Grund vierjähriger, bei besonderen dienstlichen Arrangements gesammelter Erfahrungen ihre Ansicht mit. Die vor vier Jahren gegründete Anstalt (Sunderland Asylum in Ryhope) umfasst 350 Betten, 175 für jedes Geschlecht, in folgender Vertheilung: 45 Einzelzimmer, eins davon ganz gepolstert, zwei halbgepolstert; zwei kleine Schlafsäle zu je 7, zwei zu 13, zwei zu 19 und zwei zu 26 Betten. In den beiden letzten ist eine Nachtwache, ebenso in einem der Säle zu 19 Betten. Ausserdem giebt es eine Hauptnachtwache, welche die Patienten in diesen Sälen sowohl wie diejenigen in den übrigen Sälen stündlich oder, wenn nöthig, öfter visitirt. Auf 175 Kranke kommt also ein Nachtwachpersonal von vier Köpfen. Unter beständige Nachtaufsicht werden gestellt Epileptiker und Selbstmordverdächtige, alle neu Aufgenommenen, alle Unsauberen, Reissenden und Unruhigen. Alle Einzelzimmer und die nicht unter konstanter Aufsicht stehenden Schlafsäle werden für ruhige, reinliche und geordnete Kranke verwendet, die keiner besonderen Aufmerksamkeit für die Nacht bedürfen. Dieses System hat sich vortrefflich bewährt; gegenüber dem Einwand, dass die unruhigen Kranken sich einander stören, wird angegeben, dass dies nur für ganz ausnahmsweise Fälle zutrifft, vielmehr bei einem hohen Procentsatz der Aufnahmen an Paralytikern, Epileptikern und acut Erkrankten aller Art sich diese Anordnung als unentbehrlich erwiesen hat; dem Nachtdienst in allgemeinen Krankenhäusern, der doch maassgeblich sein müsse, entspricht sie am meisten. Viel hilft dabei die bekannte Thatsache, dass man sich leicht daran gewöhnt, bei nicht zu lautem Geräusch in der Umgebung zu schlafen, ohne darunter in nennenswerther Weise zu leiden. Und ein Kranker, der im Einzelzimmer die ganze Nacht tobt und an die Thüre schlägt, stört einen ganzen Theil der Bewohner des Hauses, während der Unruhige im Wachsaal sich eher beruhigt und seine Unruhe sich in mässigeren Grenzen bewegt. Bei einer 10stündigen Schlafzeit (von acht bis sechs) käme es nicht so sehr darauf an, wenn der Eine oder Andere vorübergehend durch einen unruhigen Kranken gestört würde. Das allgemeine Interesse hat also unter dieser Einrichtung nicht gelitten; der Hallucinirende, der im dunkeln Einzelschlafzimmer zur vollständigen Concentration um seine Sinnestäuschungen gezwungen wird, erfährt eine seelische Ablenkung in dem Zusammensein mit Anderen; bei vielen Geisteskranken wirkt das Gefühl des Alleinseins, zumal im dunkeln Raume, schon an sich im höchsten Grade beunruhigend. Verfasser glauben, dass wenn alle neu Erkrankten von vornherein nicht mit Isolirung, sondern unter den Anderen behandelt würden, das Gesammtmaass der Unruhe des Einzelnen wie der Kranken überhaupt wesentlich geringer sein würde. „In Ryhope sind die einzigen Kranken, welche zeitweilig unruhig sind, solche, welche früher in anderen Anstalten gewesen sind; d. h. es sind nur diejenigen Patienten nachts unruhig, welche in ihrer Neigung hierzu früher bestärkt statt corrigirt worden sind . . .", während die frisch Erkrankten, welche nach der Gründung der Anstalt aufgenommen und nach obigem Grundsatze behandelt wurden, in Bezug auf das nächtliche Verhalten einen erfreulichen Gegensatz bilden. Die Erfolge werden durch Nachstehendes veranschaulicht: Auf der Frauenabtheilung verliefen im verflossenen Jahre 159 Nächte in sämmtlichen Sälen ohne die geringste Störung. In Saal I waren 310 Nächte absolut ruhig, in V 292, in VI 241. In nur fünf Nächten waren vier Patientinnen, in fünfzehn drei störend. In den übrigen Nächten waren nur ein oder zwei Kranke laut, und dies meist nur für kurze Zeit; dabei wurden Nächte, in denen ein Kranker nur 1/4 Stunde lang redete, ohne einen anderen zu stören, als unruhige gezählt. Auf der Männerabtheilung waren die Erfolge noch bessere: In 339 Nächten waren alle Kranken ruhig, und nur einmal waren zwei Patienten in derselben Nacht unruhig. In Saal I waren es nur 12 Nächte im Jahre, wo einer störte; in V 8, in VI 7 Nächte. Diese Zahlen bestätigen auch die alte Erfahrung, dass die weiblichen Geisteskranken viel unruhiger sind als die männlichen. — Dass die Ruhe nicht durch Schlafmittel hergestellt wurde, beweist das Quantum der verbrauchten Narcotica, worüber ebenfalls genaue Controle geführt wurde. 1898 wurde auf der Frauenabtheilung nur 102 mal Paraldehyd und 12 mal Sulfonal verabfolgt, und zwar meist gegen blosse Schlaflosigkeit, selten aber zur Bekämpfung der Unruhe; bei den Männern wurden gegeben 8 mal Paraldehyd und 3 mal Sulfonal. Die Verordnung dieser Mittel geschah von Fall zu Fall auf jedesmalige ärztliche Verordnung. Das Quantum der Schlafmittel nahm stetig ab, in dem Maasse, als sich die chronischen, aus anderen Anstalten gekommenen Kranken an besseren Schlaf gewöhnt hatten.

Aber eine andere Einrichtung spielt dabei eine nicht unwichtige Rolle: Dem die Nachtaufsicht führenden Pfleger (bezw. Pflegerin) wird ein Quantum Milch und anderer einfacher Nahrungsmittel zur Verfügung gestellt, wovon er unruhigen oder schwatzenden Kranken zutheilt;



ausserdem wird das Personal angehalten, durch freundliches Zureden und andere Arten der Interessebezeugung den Kranken wie ein kleines Kind zur Ruhe zu bringen. Daneben hat das Personal noch den Rapport über die Vorgänge in der Abtheilung während der Nacht zu führen.

Ein weiterer Vortheil dieses Systems ist natürlich die grössere Ruhe bei Tage, wozu allerdings der Umstand beiträgt, dass die einzelnen Abtheilungen nicht mit Kranken überfüllt sind.

Die Anzahl der über Nacht zerrissenen Kleidungsstücke ist in Ryhope ausserordentlich gering; im letzten Jahre waren es nur drei Hemden!

Die für die Hebung der Reinlichkeit erreichten Vortheile liegen klar zu Tage, da es bekannt ist, dass selbst ganz demente Kranke sich zu regelmässiger Verrichtung ihrer Bedürfnisse erziehen bezw. gewöhnen lassen. Es giebt Fälle von Unreinlichkeit, die kaum je absolut zu vermeiden sind, nämlich bei epileptischen Anfällen, bei Anfällen schwerer Diarrhoe, bei allen decrepiden Personen mit Blasen- und Mastdarmschwäche, bei manchen Rückenmarksleiden; alle anderen jedoch sind die Folgen von ungenügender Beaufsichtigung.

Es werden von ungefähr 330 Kranken durchschnittlich etwa 15 öfter als viermal über Nacht zum Zwecke der Verrichtung der Bedürfnisse aus dem Bett genommen; immer und immer wieder sieht man, dass sie schon nach zwei bis drei Minuten wieder einschlafen, also nicht darunter leiden.

„Wir erachten es als das Zeichen einer guten Anstaltsleitung, wenn man die Zahl des Waschpersonals vermindert und die des Nachtwachpersonals erhöht."

Folgende Zahlen geben ein Bild von der Einschränkung der Unreinlichkeit. Auf der Frauenabtheilung gab es in 171 Nächten gar keine schmutzige Wäsche; speciell in Saal I war dies der Fall in 216 Nächten, Saal V 338, Saal VI 309. Im ganzen Jahre gab es 277 nasse oder schmutzige Bettlaken und 103 nasse oder beschmutzte Hemden; dreimal eine nasse Matratze; bei den Männern war in 224 Nächten die Wäsche ganz rein geblieben und zwar in Saal I in 291 Nächten, in Saal V in 312, in Saal VI in 354 Nächten; im ganzen Jahre gab es 141 nasse bezw. schmutzige Bettlaken und 124 ebensolche Hemden; viermal war die Matratze nass. Die Controle kann nicht hintergangen werden und diese Berechnung muss correct sein, weil der Nachtrapport, auf dem die schmutzige Wäsche verzeichnet ist, von dem Nachtpfleger wie von dem Tagpfleger unterschrieben wird und, zumal diese Personen oft wechseln, eine Unterschlagung schmutziger Wäsche auf die Dauer nicht möglich ist (abgesehen von der anderweitigen hierauf sich erstreckenden Beaufsichtigung und von der täglichen Controle der Zahl der zum Schmutzwaschhaus abgegebenen Wäschestücke).

Nach all' diesen Erfahrungen glauben die Verfasser, dass man unter dem oben angegebenen Regime die Zahl und den Gebrauch der Einzelzimmer wesentlich einschränken könne; nur die verhältnissmässig nicht häufigen Kranken mit ausgesprochenen homiciden Neigungen werden nachts isolirt (in Zimmern, welche an die Schlafsäle angrenzen). Dadurch verringern sich, wie die Verfasser meinen, die Kosten des Anstaltsbaues und es wäre das ersparte Geld besser zur Vermehrung der Zahl des Nachtwachpersonals zu verwenden.

Auf einen Nachtpfleger (bezw. Pflegerin) kommt ein Saal mit etwa 25 (?) acuten und schwachen Kranken, welches die oberste Grenze ist, wenn die Beaufsichtigung und Bedienung eine ausreichende sein soll; bei chronischen ruhigen Kranken, die nur der Reinlichkeit wegen und bei Anfällen beaufsichtigt werden sollen, genügt ein Pfleger auf 40 bis 50 (?) Kranke. Für Kranke, die nicht unter beständiger nächtlicher Aufsicht zu sein brauchen, empfehlen Verfasser Räume zu 6 bis 15 Betten.

Verfasser schliessen mit zwei Forderungen:

1. Der nächtliche Dienst in den Irrenanstalten muss ganz entsprechend dem in allgemeinen Krankenhäusern gehandhabten eingerichtet werden.

2. Alle acut erkrankten, lärmenden, schmutzigen und reissenden Kranken müssen nachts in Schlafsälen mit konstanter Aufsicht placirt werden; erst wenn es sich zeigt, dass sie dieser speciellen Fürsorge nicht mehr bedürfen, hat dieselbe wieder aufzuhören.

(In der Discussion, die sich an diesen in der Jahressitzung der Medico-Psychological Association von Grossbritannien und Irland im verflossenen Sommer gehaltenen Vortrag anschloss, blieben einige Punkte nicht unwidersprochen; doch wurde den Ausführungen der Verfasser zumeist Anerkennung zu Theil. John Sibbald, Inspector des schottischen Irrenwesens, betonte die Nothwendigkeit, die Nachtpflege in den Irrenanstalten noch weiter zu heben und auszubilden; in Schottland, dessen Anstalten in dieser Beziehung anderen weit voraus sind, erachte man gleichwohl weitere Maassnahmen für erforderlich. Oswald und Hughes sprechen zu Gunsten der Einrichtung einer grösseren Zahl von Einzelschlafzimmern entgegen der Ansicht der Vortragenden, desgleichen Conolly Norman.)

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

— Neustadt i. Westpr. Der bisherige Assistenzarzt Dr. Schmelzeis hat die hiesige Anstalt verlassen und ist in gleicher Eigenschaft an die Anstalt Weilmünster übergesiedelt. Ebenfalls hat der bisherige Volontärarzt Dr. Knust seine Stelle aufgegeben, um seiner Militärpflicht zu genügen. An die Stelle des Ersteren ist Dr. Heinze, bisher Assistenzarzt in Königslutter, an die Stelle des Letzteren Dr. Eckert getreten.

— Kowanowko bei Obornik. Die ärztliche Leitung der A. von Karczewski'schen Privat-Irrenanstalt ist dem Herrn Dr. Mucha, bisher in Neu-Coswig, übertragen worden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 37. 9. December **1899.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

[Aus der Poliklinik der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe.]

Ueber die Zweckmässigkeit der Einrichtung von Polikliniken an den öffentlichen Irrenanstalten.

Von Dr. *L. W. Weber*-Uchtspringe.

In einer in diesem Jahre erschienenen Brochüre*) empfiehlt Fürstner-Strassburg die Einrichtung einer poliklinischen Sprechstunde für Geistes- und Nervenkranke an den öffentlichen Irrenanstalten. Er bezeichnet eine derartige Verbindung nicht nur als zweckmässig für die Stadtasyle, wie die Strassburger Klinik, an der bereits eine solche Poliklinik besteht, sondern verspricht sich vor Allem einen bedeutenden Nutzen davon für die grossen Landesanstalten, namentlich für solche, die besonders isolirt, fern ab von grösseren Städten gelegen sind.

Die Vortheile, welche eine derartige Verbindung bietet, sind nach ihm folgende:

1. Das Publikum gewöhnt sich daran, auch bei leichteren psychischen Erkrankungen sachverständigen Rath einzuholen; dadurch wird manche Aufnahme in die Anstalt veranlasst, solange der Kranke noch heilbar ist oder ehe er gemeingefährliche Handlungen begangen hat.

2. Es kommen eine Reihe von Krankheitszuständen zur Beobachtung und Behandlung, welche in der Irrenanstalt selbst für gewöhnlich keine Aufnahme finden; sie bieten unter Umständen ein willkommenes und anregendes Unterrichtsmaterial für die Aerzte.

3. In die Poliklinik können aus der Anstalt entlassene Kranke behufs weiterer ärztlicher Berathung bestellt werden.

4. Endlich trägt die Poliklinik mit ihrem Verkehr zwischen Aerzten und Laienpublikum vielfach zur Anknüpfung von Beziehungen der Bevölkerung zur Anstalt bei und hilft das immer noch herrschende Misstrauen gegen die letztere beseitigen.

Angesichts dieser warmen Empfehlung von so sachverständiger Seite dürfte es vielleicht für weitere Kreise von Interesse sein, dass an der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe seit September 1894 bereits eine Poliklinik in der von Fürstner empfohlenen Weise besteht.*) Ueber ihre Einrichtung, ihren Betrieb und die dabei gemachten Erfahrungen und erzielten Erfolge sei im Folgenden kurz berichtet.

Für die Zwecke der Poliklinik dienen drei Räume im Verwaltungsgebäude der Anstalt. Neben dem Warteraum befindet sich das Sprechzimmer, welches

*) Wie ist die Fürsorge für Gemüthskranke von Aerzten und Laien zu fördern? Berlin 1899. S. Karger.

*) Eine solche wurde im Juli 1895 auch an der Anstalt zu Freiburg (Schlesien) von dem damaligen Director Dr. Dornblüth ins Leben gerufen und besteht noch heute. Red.



mit einem stationären (Hirschmann'schen) Apparat für faradischen und galvanischen Strom, mit einer Influenzelektrisirmaschine und anderen, für die Zwecke der neurologischen Untersuchung und Behandlung dienenden Instrumenten ausgestattet ist; ein kleines Dunkelzimmer enthält die an die Centralanlage der Anstalt angeschlossenen Apparate für Beleuchtung und Untersuchung der Körperhöhlen. Die Sprechstunde wird dreimal wöchentlich in der Zeit von 10 Uhr Vormittags bis 1 Uhr Mittags vom Director mit Unterstützung eines von ihm dazu bestimmten Arztes abgehalten; wenn der Director verhindert ist, von letzterem allein.

Wie es die einsame Lage der Anstalt mit sich bringt, ist das Publikum zum Besuch der Poliklinik meist auf die Benutzung der Eisenbahn angewiesen. Es ist hierfür ein ausserordentlich günstiger Umstand, dass die Anstalt unmittelbar an der Bahn liegt (Bahnstrecke Lehrte-Berlin) und dass in der angegebenen Zeit drei Züge nach beiden Richtungen verkehren. So sind Kranke aus den verschiedenen Städtchen und Ortschaften der Altmark jederzeit in der Lage, ohne allzu erhebliche Reisekosten die Poliklinik aufzusuchen.

Der Mangel grösserer Städte einerseits, auf der anderen Seite ein der ländlichen Bevölkerung, besonders der altmärkischen, eigenthümliches Misstrauen gegenüber Neueinrichtungen boten anfangs der Entwicklung der Poliklinik nicht geringe Schwierigkeiten, die auch noch dadurch vermehrt wurden, dass die ganze Anstalt eben neu und noch nicht mit der Bevölkerung verwachsen war. Wo an bereits länger bestehenden Anstalten eine derartige Einrichtung getroffen wird, wird man sich wesentlich leichter thun, weil das Publikum der betreffenden Gegend durch dort untergebrachte Angehörige, durch den Verkehr mit den Beamten etc. Berührungspunkte mit der Anstalt und ein gewisses Vertrauen zu ihr bereits besitzt. Doch hat sich auch bei uns im Laufe des nunmehr 5jährigen Bestehens ein allmählich wachsendes Zutrauen der Bevölkerung zur Poliklinik eingestellt. Nicht unwesentlich hat zur Popularisirung der Poliklinik unsere Familienpflege beigetragen, wie denn überhaupt die verschiedenen Einrichtungen der Anstalt sich gegenseitig in die Hand arbeiten müssen.

Von nicht zu unterschätzender Bedeutung war ferner die Mitwirkung und Unterstützung von Seiten der praktischen Aerzte der Altmark. In den ersten Jahren war auch von dieser Seite ein gewisses Misstrauen gegen die neue Einrichtung nicht zu verkennen, das hauptsächlich der Befürchtung zuzuschreiben war, es sei dem freien ärztlichen Beruf wieder eine neue Concurrenz entstanden. Dazu kam, dass in der ersten Zeit das Publikum in Verkennung der Zwecke einer Nervenpoliklinik wegen aller möglichen Krankheiten die Sprechstunde aufsuchte oder gar von ihr eine Art Obergutachten über die von einem Collegen der Praxis eingeschlagene Behandlungsweise erwartete.

Jetzt haben Publikum und praktische Aerzte die eigentlichen Zwecke der Poliklinik kennen gelernt, die Collegen schicken nun vielfach die geeigneten Fälle zur Consultation in die Sprechstunde, während andererseits rein körperlich Kranke an den Arzt ihres Bezirkes verwiesen werden. Auch bei Behandlung reiner Nervenfälle tragen wir Sorge, uns des Einverständnisses des vorher behandelnden Arztes zu versichern.

Durch den ca. 60 Mitglieder zählenden Verein der Altmärker Aerzte ist ein verhältnissmässig reger Verkehr mit den Collegen der Praxis gegeben. Alle zwei Monate findet in Uchtspringe eine wissenschaftliche Sitzung des Vereins statt, bei der vielfach Fälle aus der Poliklinik vorgestellt werden, soweit sie von allgemeinem medicinischen Interesse sind. Auch diese Vorstellungen tragen dazu bei, das Verständniss der praktischen Aerzte für Nerven- und Geisteskrankheiten zu fördern und die Wichtigkeit einer rechtzeitigen, specialärztlichen Untersuchung und Behandlung klar zu machen. Einen Ueberblick über die in der hiesigen Poliklinik in den vergangenen 5 Jahren zur Beobachtung und Behandlung gekommenen Krankheitsformen giebt die nachstehende Tabelle, bei welcher der Einfachheit halber das in unserem Verwaltungsberichte zu Grunde gelegte Schema beibehalten ist.

Frequenz der Poliklinik in der Zeit vom 1. August 1894 bis 31. Juli 1899.

	M.	W.	Sa.
1. Erkrankungen der peripheren (sensiblen und motorischen) Nerven	60	54	114
2. Erkrankungen des Muskel- und Gelenkapparates	92	43	135
3. Vasamotorische und trophische Neurosen	47	100	147
4. Organische Erkrankungen des Centralnervensystems	86	43	129
5. Einfache Psychosen	56	80	136
6. Neurosen ohne besondere anatomische Ursache	123	145	268
7. Andere Krankheiten	113	86	299
	577	551	1128



Ohne auf Einzelheiten näher einzugehen, seien hier zur Charakterisirung der einzelnen Gruppen noch einige Bemerkungen gestattet, welche zugleich die hier geübten Behandlungsmethoden erläutern sollen.

In Gruppe I (Erkrankungen der peripheren Nerven) sind vor Allem Lähmungen und Neuralgien verschiedener Art zusammengefasst, theils toxischer (Alkohol, Blei), theils infectiöser (Influenza, Diphtherie) Natur. Bei vielen Fällen peripherer Lähmung ergab die elektrische Behandlung gute Erfolge; wiederholt gelang es, sehr veraltete, periphere Facialislähmungen durch länger fortgesetztes Elektrisiren günstig zu beeinflussen.

In Gruppe II (Erkrankungen des Muskel- und Gelenkapparates) sind mehrere Fälle der sogenannten idiopathischen, progressiven Muskelatrophie verwiesen, wenn dabei die Annahme der Miterkrankung des Nervensystems auch kaum von der Hand zu weisen ist. Freilich sind diese Formen mehr klinisch interessant als therapeutisch dankbar; doch gelang es manchmal, durch elektrische Behandlung und durch methodische Uebungen wenigstens die Gebrauchsfähigkeit der noch vorhandenen Muskulatur zu erhöhen und ihrem weiteren Schwund eine Zeit lang vorzubeugen. Aehnlich verhält es sich mit den im Gefolge der Polyomyelitis anter. acuta auftretenden Muskelatrophien; auch hier gelingt es noch lange Zeit nach Ablauf des acuten Stadiums durch regelmässig fortgesetzte Behandlung die noch nicht atrophirten Muskeln gebrauchsfähig zu erhalten, sowie das Längenwachsthum des Beines und den functionellen Ersatz der atrophirten Muskeln durch die übrigen zu begünstigen. In einem Fall von spinaler Kinderlähmung, bei dem das acute Stadium bereits vor drei Jahren ablief, ist jedesmal, wenn die elektrische Behandlung eine Zeit lang ausgesetzt war, eine Verschlechterung in der elektrischen Erregbarkeit und in der Gebrauchsfähigkeit der noch vorhandenen Muskulatur nachzuweisen. Weiter gehören in diese Gruppe zahlreiche Fälle veralteter, schmerzhafter Gelenkentzündungen, welche sich mit Salicylpräparaten wenig oder gar nicht beeinflussen liessen. Hier konnte häufig durch langsam anschwellende, energische Faradisation grössere Beweglichkeit und Abnahme der Schmerzhaftigkeit erzielt werden.

In Gruppe III (vasamotorische und trophische Neurosen) sind Schwächezustände des Nervensystems vereinigt, deren Grundlage in Störungen der Herzthätigkeit, Blutcirculation und Blutbeschaffenheit, ferner in dem durch Magen- und Darmerkrankungen veränderten Stoffwechsel zu suchen sind. Endlich gehören hierher diejenigen Nervenkrankheiten, welche die neuere Forschung mit der mangelhaften Thätigkeit gewisser Drüsen (namentlich der Schilddrüse) in Zusammenhang bringt. Indem hier die zu Grunde liegende körperliche Störung in erster Linie behandelt wurde, konnten nicht selten die nervösen Beschwerden gemildert oder völlig behoben werden. Und gar häufig haben derartige Beschwerden die Tendenz zur Umwandlung in eine schwere chronische Nerven- oder Geistesstörung; man denke nur an die Angstzustände bei gestörter Magensecretion oder an die epileptoiden Erkrankungen der an mangelhafter Darmthätigkeit leidenden Kinder. Magen- und Darmspülungen, Desinfection (durch Chloroform, Calomel, Naphthol), Regelung der Diät, Bekämpfung der Hyperacidität des Magens durch Natron, Codeïn*) können hier gute Erfolge erzielen. Weiter gehört hierher die Chorea min. im Kinder- und Pubertätsalter, bei welcher das begleitende rheumatische Leiden, die leichte Herz- oder Lungenaffection den Fingerzeig für die oft erfolgreiche Behandlung bieten.

Gruppe IV enthält viele organische Hirn- und Rückenmarkserkrankungen, welche, wie die Paralyse, Tabes u. s. w. einer aussichtsreichen Behandlung nicht zugängig sind. Dagegen wurde bei je einem Fall cerebraler Halbseitenlähmung und tabesartiger Erkrankung nach Diphtherie völlige Heilung erzielt;**) ein dritter, ganz analoger Fall von postdiphtherischer Erkrankung der Hinterstränge ist neuerdings wieder in ambulanter Behandlung und verspricht denselben Erfolg. Hierher gehören auch die Fälle acuter spinaler Kinderlähmung (Polyomyelitis ant. ac.), welche bei früher Inangriffnahme der Behandlung günstige Erfolge ergaben, namentlich wenn den dabei so häufig bestehenden Darmstörungen genügende Beachtung geschenkt und mit ihrer Beseitigung die Möglichkeit einer Vergiftung des Nervensystems durch Stoffwechselproducte verhindert wird.

Unter den in Gruppe V aufgeführten einfachen Psychosen konnte eine grössere Anzahl ohne Anstaltspflege bei ambulanter Behandlung zur Heilung gebracht werden. Es sind namentlich leichtere melancholische und hypochondrische Verstimmungen, frische Puerperalpsychosen, bei denen eine Behandlung der begleitenden körperlichen Störungen von gutem Er-

*) Natr. bic. 50,0, Codeïn phosph. 0,5—1,0, M. f. p. D. messerspitzw. in Wasser z. n. (Alt.)

**) Vergl. Alt, tabesartige Erkrankung nach Diphtherie. Münchn. med. W. 1898.

folg war; bei Depressionszuständen des Climacteriums, die nicht selten mit Störungen der Blutcirculation (kleiner, langsamer Puls) einhergehen, erwies sich namentlich eine Combination von Opium mit Herzmitteln (Strophantus, Digitalis) von günstigem Einfluss, so dass häufig die Kranken schon bei der nächsten Vorstellung in der Sprechstunde einen anderen Gesichtsausdruck hatten und weniger verängstigt waren. Bei anderen schwereren Psychosen hatte die Vorstellung in der Poliklinik wenigstens den Erfolg, dass die Angehörigen zur Beschleunigung der Aufnahme veranlasst wurden oder unter Umständen in die sofortige Aufnahme einwilligten; der § 11 unseres Anstaltsreglements giebt dem Director in Dringlichkeitsfällen hierzu die Befugniss.

Gruppe VI enthält u. A. zahlreiche Formen hysterischer Erkrankung, bei welchen durch Wachsuggestion, namentlich in Form der elektrischen Behandlung, gelegentlich auch durch Hypnose gute Erfolge erzielt wurden. Die weiter hier subsummirten Fälle genuiner Epilepsie sind für die ambulante Behandlung weniger dankbar, ebenso wie die sogen. functionellen Neurosen, z. B. Paralysis agitans, Athetose etc. mehr interessantes als der Behandlung zugängiges Material boten.

Die Fälle der Gruppe VII (andere Krankheiten) sind solche Erkrankungen, welche sich nach der Untersuchung nicht als Gegenstand nervenärztlicher Behandlung erwiesen und an den zuständigen praktischen Arzt verwiesen wurden. Ihre Zahl hat in den letzten Jahren erheblich abgenommen, ein Zeichen dafür, dass das Publikum die Aufgabe unserer Poliklinik erkannt hat und nicht, wie am Anfang, glaubt, in ihr Heilung gegen alle möglichen Schädlichkeiten unter Umgehung seines Hausarztes finden zu können.

Wie die vorstehenden Ausführungen zeigen, ist das in der Poliklinik behandelte Krankenmaterial an Zahl und Mannigfaltigkeit genügend, um zunächst den naheliegenden Einwand zu entkräften, dass bei so einsam gelegenen Anstalten eine Poliklinik keinen Zweck habe. Weitere Bedenken aber — denn die Kosten sind geringe — dürften gegen dieselbe nicht zu erheben sein angesichts der grossen Vortheile, welche für das Publikum, die Anstalt selbst und ihre Aerzte daraus erwachsen.

Vor Allem haben wir an der Clientel unserer Poliklinik die Erfahrung gemacht, dass das Publikum sich in vielen Fällen erst durch eine derartige Einrichtung bewegen lässt, wegen eines nervösen oder psychischen Leidens überhaupt sachverständigen Rath einzuholen. Vor der einzigen Möglichkeit, sich oder seine kranken Angehörigen in eine Anstalt aufnehmen zu lassen, schreckt leider noch Mancher zurück und ist gern geneigt, mit der Erklärung des Hausarztes, es handle sich um „etwas Nervöses“, die Sache auf sich beruhen zu lassen. Ist aber die Möglichkeit vorhanden, erst einmal sich untersuchen zu lassen und von sachverständiger Seite berathen zu werden, so kommen thatsächlich viele Kranke in die Nervenpoliklinik, welche wegen dieses, ihres Nervenleidens, einen Arzt überhaupt noch nicht consultirt haben oder vom praktischen Arzt nicht behandelt werden, weil er sie geradezu als nicht vor sein Forum gehörig ablehnt. Dass von diesen eine ganze Anzahl auch ohne Anstaltsaufnahme durch ambulante Behandlung gebessert oder geheilt werden kann, geht aus den obigen Ausführungen hervor. Gerade unter den in Gruppe III angeführten, mit Störungen der Herzthätigkeit oder der Verdauung einhergehenden Angstzuständen sind manche, bei denen durch eine rechtzeitige ambulante Behandlung die Entwicklung einer schweren Psychose verhindert und dadurch die Aufnahme in die Irrenanstalt erspart wurde. Wo aber die ambulante Behandlung nicht ausreichte, da gelang es der Poliklinik gewöhnlich, die Kranken zur Aufnahme in die Anstalt zu veranlassen und zwar zu einer Zeit, wo das psychische Leiden einer erfolgreichen Behandlung noch zugängig war. Dieser auch von Fürstner betonte Vortheil der durch die Poliklinik erreichten Frühaufnahmen gewinnt noch mehr Bedeutung, weil unter Umständen dadurch auch gemeingefährliche Handlungen der Kranken gegen sich, die Angehörigen oder die Umgebung vermieden werden. So suchte, um nur ein Beispiel zu erwähnen, ein an schwerer Depression leidender Kranker die Poliklinik freiwillig auf, weil er nicht schlafen konnte. Bei der Untersuchung stellte sich heraus, dass er am Tage vorher einen Selbstmordversuch gemacht hatte, der den Angehörigen entgangen war. Er wurde sofort aufgenommen, und dass der erwähnte Versuch ernst gemeint war, bewiesen die schweren Angstzustände, die er nachher auf der Beobachtungsstation durchmachte.

Unter Umständen kann man einen Fall auch eine Zeit lang ambulant behandeln; bei der regelmässigen Vorstellung in der Sprechstunde kann nöthigenfalls die Aufnahme rechtzeitig in die Wege geleitet werden.

Freilich erwächst dadurch den Anstaltsärzten eine gewisse Verantwortung für den nach der einen oder



anderen Richtung hin in der Poliklinik ertheilten ärztlichen Rath, und weiter ist zu bedenken, dass der Aufnahmemodus an vielen Anstalten zur Zeit noch ein recht schwerfälliger ist. Die Bestimmung, dass kein der Anstalt angehörender Arzt, also auch nicht der in der Poliklinik thätige, das zur Aufnahme nöthige Attest ausstellen darf, hält auch Fürstner für unzweckmässig. Solange indessen die Bestimmung besteht, muss man sich anderweitig zu helfen suchen. Zweckmässig ist es, sich die Mitwirkung der praktischen Aerzte zu sichern. Wenigstens in jedem von den Letzteren der Poliklinik überwiesenen Fall wird das für die „Dringlichkeitsaufnahme" nöthige ärztliche Attest durch den betreffenden Collegen zu erlangen sein; er wird auch den Angehörigen bei der Erledigung weiterer Formalitäten zur Seite stehen können, wenn er selbst damit Bescheid weiss. Auch aus diesem Grunde ist zwischen der Anstalt und den praktischen Aerzten ein gutes Verhältniss wünschenswerth, von dem beide Theile Vortheil ziehen. Dies lässt sich erreichen, wenn der praktische Arzt sieht, dass ihm aus der Poliklinik keine Concurrenz erwächst, wenn er über die an sie verwiesenen Fälle wieder Bericht, und wie dies hier geschieht, in gelegentlichen wissenschaftlichen Vorträgen auch Aufklärung erhält. Auch die Formalitäten der Aufnahme, die Abfassung der ärztlichen Fragebogen, der Modus der Dringlichkeitsaufnahmen sind von Director Alt im Aerzteverein in Vorträgen erläutert worden, mit dem Erfolg, dass mancher College, nach eigenem Geständniss, sich jetzt leichter entschliesst, einen Fall der Anstalt zu überweisen. Dazu kommt, dass bei diesem Zusammenwirken der Poliklinik mit den praktischen Aerzten den Angehörigen der Kranken manche lästige Auseinandersetzung mit den Heimathsbehörden erspart werden kann, dass auf die berechtigte Scheu, discrete Familienangelegenheiten dem Einblick subalterner Beamter preiszugeben, Rücksicht genommen werden kann.

Für die Anstalt selbst ist gewiss der Umstand, dass ihr durch die Poliklinik eine Reihe von besserungsfähigen oder heilbaren Frühaufnahmen zugeführt werden, ein nicht zu unterschätzender Vortheil; sie zieht aber auch noch in anderer mittelbarer Weise Nutzen aus dem Verkehr des Publikums mit der Poliklinik. Gerade bei unserer neu errichteten Anstalt hat die Poliklinik dazu beigetragen, dass allmählich Beziehungen zur Bevölkerung angeknüpft wurden, dass damit ein anfänglich vorhandenes Misstrauen gegen die Anstalt selbst und ihre Einrichtungen schwand. Mancher, der nach langem Zögern sich entschloss, einmal die Sprechstunde aufzusuchen, fand, dass die Anstalt doch etwas anders aussehe, als er sich vorgestellt hatte, dass der Aufenthalt da doch nicht so schrecklich sein müsse. Ebenso vermittelt die Poliklinik Beziehungen zwischen der Anstalt und bereits entlassenen Kranken, welche in regelmässigen Intervallen die Sprechstunde aufsuchen und von ihrem Befinden berichten.

Wer überhaupt mit der Anschauung gebrochen hat, dass die Mauern der Irrenanstalt eine dem übrigen Leben durchaus fremde Welt umschliessen, der wird es freudig begrüssen, dass die Poliklinik ihrerseits dazu beiträgt, dem Publikum einen Einblick in das Leben und Treiben der Anstalt zu gewähren.

Den Anstaltsärzten selbst wird sich das Mehr an ärztlicher Arbeit und Verantwortung, welches sie der Abhaltung einer Sprechstunde widmen, reichlich lohnen. Gerade den Anstaltspsychiatern wird von mancher Seite der Vorwurf gemacht, dass sie von den Fortschritten der übrigen Medicin ebenso wie von Tagesfragen unberührt in einer Welt für sich leben. Wie weit der Vorwurf berechtigt ist in einer Zeit, wo die Ausdehnung der Irrenfürsorge, wo zahlreiche Fragen der Rechtspflege den Anstaltsarzt in stete und lebhafte Berührung mit dem privaten und öffentlichen Leben bringen, vielleicht mehr als den praktischen Arzt, soll hier nicht erörtert werden. Aber gewiss wird eine poliklinische Thätigkeit dazu beitragen, diese Vorwürfe zu entkräften. In der Sprechstunde tritt dem Anstaltsarzt das Publikum, der Kranke selbst wie seine Angehörigen in ganz anderer Weise gegenüber, als wenn es sich um einen mit dem fertigen Fragebogen in die Anstalt eingelieferten Patienten handelt. Schon die Erhebung der Anamnese von dem Kranken selbst oder von Angehörigen, die an das Bestehen einer schweren Geistesstörung vielleicht zunächst nicht glauben wollen, gestaltet sich hier ganz anders. Dabei erfährt man auch manche jetzt den Angehörigen noch frisch im Gedächtniss stehende Einzelheit, welche das Krankheitsbild bezüglich seiner Entstehung und Entwicklung in ganz anderem Lichte erscheinen lässt, als es sich nachher in der fertigen Krankengeschichte darstellt. Dann aber steht man vor der Nothwendigkeit, sofort eine Behandlung eintreten zu lassen oder einen ärztlichen Rath zu ertheilen, bei welchem die häuslichen und socialen Verhältnisse, die familiären Gewohnheiten und Wünsche in höherem Maasse berücksichtigt werden müssen, als bei dem in die

Anstalt aufgenommenen Kranken. Der Abtheilungsarzt ist in seinen therapeutischen Maassnahmen der Kritik des Kranken oder seiner Angehörigen wenig ausgesetzt. Er kann sich auch, ein gutes Personal vorausgesetzt, darauf verlassen, dass seine Anordnungen richtig ausgeführt werden, was bei der Berathung in der Sprechstunde nicht immer der Fall ist. Andererseits steht in der letzteren der Arzt dem Kranken und den Angehörigen freier gegenüber und kann seine Persönlichkeit mehr zum Ausdruck bringen, unbehindert durch ein manchmal bei den Anstaltskranken vorhandenes Gefühl von Misstrauen oder Zwang. So kommen in der Poliklinik eine Reihe von Momenten in Betracht, welche dem praktischen Arzt täglich in seiner Thätigkeit begegnen und sie ihm theils erschweren, theils erleichtern. Eine derartige Ergänzung der Persönlichkeit wird am ehesten den Irrenarzt voı einer einseitigen Auffassung und Ausübung seines Berufes schützen. Endlich muss noch erwähnt werden, dass in der Poliklinik manche Formen von Psychosen zur Beobachtung und Behandlung kommen (vergl. das über Abschnitt 3 und 5 der Tabelle gesagte), welche in die Anstalt selbst nie aufgenommen werden und dass gerade derartige Fälle manchen weiteren Einblick in die Entstehung der Geistesstörungen gewähren; ebenso ermöglicht die Poliklinik das practische Studium der Nervenkrankheiten und giebt dem Irrenarzt dadurch Gelegenheit, seine specialärztliche Ausbildung in einer Richtung zu ergänzen, für welche in der heutigen Irrenanstalt das geeignete Material grösstentheils noch fehlt.

Wenn im Vorstehenden gezeigt wurde, dass die Fürstner'sche Forderung nach der Verbindung von Polikliniken mit öffentlichen Irrenanstalten nicht nur berechtigt, dass sie auch an einsam gelegenen Anstalten durchführbar ist, so kann damit die Hoffnung ausgesprochen werden, dass durch weitere Begründung derartiger Polikliniken die Irrenfürsorge wieder um einen Schritt gefördert werde.



[Aus der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe.]

Unser Schulgarten.

Von *R. Flister*, erstem Lehrer der Anstalt.

(Hierzu eine Abbildung.)

Eine besonders wichtige Stellung im Unterricht der schwachsinnigen Kinder nimmt der Anschauungsunterricht ein. Die sorgfältige Ausbildung dieser Lehrmethode zu einem selbständigen Gegenstand kann nicht dringend genug anempfohlen werden. In dem Anschauungsunterricht haben wir Lehrer der Schwachsinnigen den Stamm zu sehen, dem alle Zweige des Unterrichts entspriessen, den grundlegenden Unterricht, auf dem sich der weitere Wissensaufbau vollziehen muss.

Diese Forderung findet ihre Begründung in der seelischen Eigenart unserer Schüler.

Zunächst begegnen wir bei dem schwachsinnigen Kinde einer auffälligen Armuth an Vorstellungen.

Es gebricht ihm an der nothwendigen Unterlage zum Denken. Die erste Aufgabe des Unterrichts besteht demnach darin, die fehlenden Vorstellungen zu erzeugen und gegen einander abzugrenzen, falsche Vorstellungen zu berichtigen, die richtigen weiter zu bilden, kurz: „Die nächstliegende Aufgabe des Unterrichts besteht in der Beschaffung des zum Denken erforderlichen Materials." Das liefert unzweifelbar am sichersten der Anschauungsunterricht. Das Kind ist aber nicht nur Verstand, sondern es hat auch Gefühl, es besitzt auch die Anlage zur Gemüthsausbildung. Weitere Aufgabe des Anschauungsunterrichts muss es darum sein, das Kind auch mit Stimmungen und Gefühlen zu erfüllen, aus denen das sittliche Begreifen und Handeln herauswächst.

Welche Schwierigkeiten zu überwinden sind, um in dem schwachsinnigen Kinde das Angeschaute zum Bewusstsein zu bringen, die Kenntniss zur Erkenntniss zu erheben, das kann nur der beurtheilen, der mitten in der Arbeit an diesen Kindern steht. Nur durch unablässige Einwirkung auf alle Sinne — nicht nur den Gesichtssinn — ist es möglich, den Widerstand zu überwinden, der in der Minderwerthigkeit ihrer Geisteskräfte begründet liegt. Dass auch das Gemüthsleben unserer schwachsinnigen Kinder einer eigenartigen, sorgsamsten Pflege bedarf, sei nur angedeutet.

Die Frage, welche Dinge in den Anschauungskreis der Kinder gebracht werden sollen, ist nicht allgemein zu beantworten. Nicht alles was anschaubar ist, kann in den Bereich des Anschauungsunterrichts gezogen werden. Die Auswahl hat sich nach der jeweiligen Fähigkeit des einzelnen Schülers zu richten. Der schon bestehende Wahrnehmungs- und Erfahrungskreis des Kindes muss für die Auswahl bestimmt sein.

Zum anderen lasse man das Kind die Dinge selber anschauen; man gehe von der unmittelbaren Anschauung der wirklichen, durch ihre Leibhaftigkeit eindrucksvolleren Gegenstände aus. Bilder bleiben immer nur ein kümmerlicher Nothbehelf und finden unter weiser Beschränkung erst auf einer späteren Stufe des Anschauungsunterrichts Verwendung. Werthvoller schon als Bilder sind Modelle.

Die im vorbereitenden Anschauungsunterrichte erworbenen einzelnen Vorstellungen dürfen nicht unverbunden bleiben, sondern müssen auf der folgenden Stufe, bei dem grundlegenden Unterrichte, in Beziehung zu einander gesetzt werden. Die Bildung des Orts-, Farben-, Formen-, Zahlsinnes tritt in seine Rechte ein. Die Grundformen (Rechteck, Kreis, Würfel, Kugel u. s. w.) gelten hier schon als bekannte und in ihren wesentlichen Eigenschaften begriffene Gegenstände des Anschauungsunterrichts, welche zum Vergleich und zum Verständniss bei Besprechung anderer Dinge herangezogen werden können. Sie bilden gewissermaassen den Schlüssel, mittelst dessen die einfacheren Gebilde der Natur und des alltäglichen Lebens dem Verständniss erschlossen und dem Gedächtniss einverleibt werden.

Der Anschauungsunterricht hat, wie bereits erwähnt, auch das sittliche Empfinden zu wecken und zu pflegen.

Darum zieht er auch einfache Erzählungen, Fabeln und Märchen, in welchen sittlich religiöse Gedanken zum Ausdruck kommen, in seinen Bereich.

Um das Kind zu einem bewussten Thun zu erziehen, um seinen Schaffenstrieb anzuregen, fasst der Anschauungsunterricht unserer Schulen (neben den Thätigkeitsübungen und dem Zeichnen) auch den Handfertigkeitsunterricht und die Gartenarbeit in seinen Rahmen.

Wenn ich nunmehr, nach dieser scheinbar etwas weit ausgeholten Einleitung über Stellung und Aufgabe des Anschauungsunterrichts in den Schulen für Schwachsinnige, zu dem in der Ueberschrift angekündigten Thema zurückkehre, so wird der aufmerksame Leser sofort erkennen, dass bei der Anlage unseres Schulgartens, der in dem und jenem Punkte an die gärtnerischen Unterrichtseinrichtungen im Bicêtre zu Paris erinnert, all' den vorhin angedeuteten Erwägungen vollauf Rechnung getragen ist. Es wird ihm auch nicht entgehen, wie das Kind unmerklich auf Schritt und Tritt zur genauen und vergleichenden Beobachtung seiner näheren und weiteren Umgebung herangezogen wird, wie schon der Weg zur Schule ihm Anregung und Belehrung bringt, wie ausser der Natur auch die Kunst in anheimelnder Weise in den Dienst des Unterrichts und der Erziehung gestellt wird.

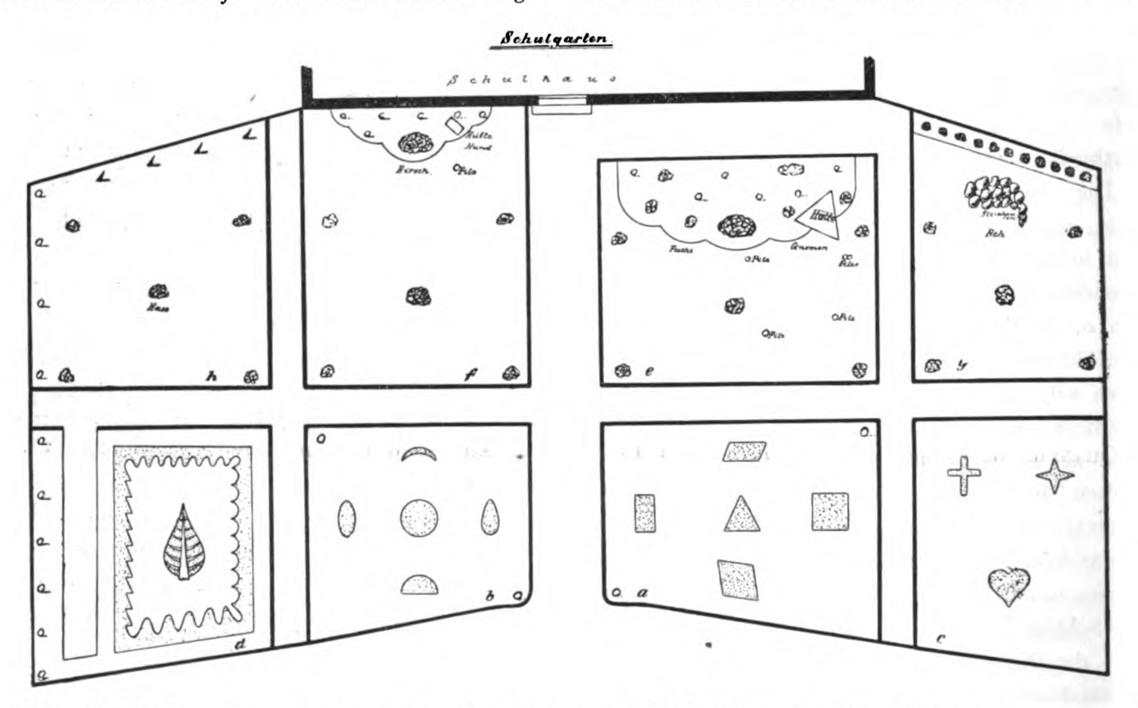
Unser Schulgarten umfasst zwei Theile, deren einer lediglich der Anschauung dient, während der andere vorzugsweise der Gartenarbeit gewidmet ist. Nur der erstere soll uns heute näher beschäftigen, der beigefügte Grundriss will die Anlage etwas veranschaulichen.

Der vor dem Schulgebäude angelegte Unterrichtsgarten hat eine Länge von etwa 30, eine Breite von 15 Meter, und ist durch einen zur Eingangsthür führenden Hauptgang und Nebenwege in acht, durch bunte Backsteine abgegrenzte Felder eingetheilt. Die Umfriedigung ist seitlich durch hellgestrichenes Holzstacket, nach vorne und entlang des Hauptganges durch Guirlanden von wildem Wein bewirkt, um die Betrachtung von allen Seiten zu ermöglichen. Die an der Strassenfront liegenden vier Beete sind der Veranschaulichung der Flächen-Grundformen zugewiesen. Aus festem Bandeisen geformte Figuren mit einer Längsachse von 1 m. — nur das Blatt hat eine solche von 2 m. — sind in den Rasen eingetrieben, ausgestochen und mit Marmorkies, der sich von der grünen Grundfläche prächtig abhebt, ausgefüllt. Die Wege sind mit röthlich-gelbem Kies bedeckt. Das eine der vier vorderen Beete (*a*) dient der Veranschaulichung der gradlinigen Grundformen: Quadrat, Rechteck, Raute, Rautling, Dreieck; ein anderes (*b*) enthält die krummlinigen Grundformen: Kreis, Halbkreis, Sichel, Eirund, Langrund; das dritte (*c*) die zusammengesetzten Grundformen: Kreuz, Stern, Herz; das vierte (*d*) — von der Grundform zur Lebensform fortschreitend — eine Buchenblattform mit dunkel eingelegtem Blattgerippe. An den vier Seiten dieses letzten Beetes sind die hauptsächlichsten gerad- und krummlinigen Blattumrandungen: gezahnt, gesägt, gekerbt, geschweift dargestellt. Daneben, entlang der Nord-



grenze des Gartens, stehen, mit Täfelchen bezeichnet, die in Bezug auf ihre Blattform charakteristischen, hier vorkommenden Sträucher und Bäume (Kastanie, Eiche, Akazie, Weide, Buche, Walddistel u. s. w.). An der Ostgrenze, entlang der Front des Schulgebäudes, stehen als Gebüsch die übrigen, hauptsächlich in der Altmark einheimischen Sträucher und Bäume, und entlang der Südgrenze die ansehnlichsten Vertreter der krautartigen Pflanzen (Mohnblume, indischer Hanf u. s. w.).

An den einzelnen Beeten lernen die Kinder der verschiedenen Stufen je nach ihrer Beobachtungs- und Merkfähigkeit mehr oder weniger zahlreiche Eigenschaften und Unterschiede wahrnehmen. So z. B. sehen die Kinder der unteren Stufen auf dem Beet *a* das gerade Viereck mit vier vollkommen gleichen Seiten (rechts, links, unten, oben), das langgrade Viereck mit zwei langen und zwei kurzen Seiten. Das Dreieck auf der Seite liegend, oder auf der Spitze stehend u. s. w.



Die Kinder der oberen Stufe hingegen erkennen schon das Quadrat als gleichseitig-rechtwinkeliges Viereck, das Rechteck als rechtwinkeliges Viereck mit gleichen Gegenseiten, die Raute als gleichseitig-schiefwinkeliges Viereck, den Rautling als schiefwinkeliges Viereck mit gleichen Gegenseiten u. s. w. Sie merken auch, dass das Kreuz aus vier Rechtecken, der Stern aus einer Anzahl von Dreiecken zusammengesetzt ist, dass das Herz im Gegensatz zu den beiden eben genannten geradlinigen Figuren eine zusammengesetzte krummlinige Figur darstellt.

Und in dem Blattmuster auf Beet *d* erkennen die weiter vorgebildeten Kinder das auf der Grundlage des Dreiecks veränderte Lang-rund, die Hauptrippe als langausgezogenes Dreieck, die Nebenrippen als Sicheln. Je nachdem man eine der die Einfassung dieses Beetes bildenden Umrandungen dem Blattmuster anfügt, tritt das Blatt als gezahntes, gesägtes, gekerbtes, geschweiftes in den Bereich des kindlichen Verständnisses. Die an den nebenanstehenden Bäumen vorkommenden Blattformen werden nunmehr leicht in ihrer Verschiedenheit erkannt und bewusst unterschieden.

So dienen die anfänglich starr und todt erscheinenden Flächengrundformen zur Erschliessung des Verständnisses der Lebensformen der Natur. Denn die Formenbetrachtung ist nicht Selbstzweck, sondern Mittel zum Zweck. Die richtig erfasste Form ist gewissermaassen ein fester Krückstock, mit Hülfe dessen auch dem Gehirn-Krüppel das geistige Fortschreiten ermöglicht wird.

Anschaulich unterrichten heisst nicht die blosse Form beschreiben und vor Augen führen, sondern sie auch in der Verbindung bieten, in der sie wirklich vorkommt.

Indem man den Schüler all' die an den heimathlichen Pflanzen vorhandenen Blattformen richtig betrachten lehrt, erschliesst man ihm den in der Natur

verborgenen Formenschatz. Nunmehr vermag das Kind das, was es bis dahin achtlos gesehen, richtig zu erschauen und zu merken.

Und mit dem Auge wird auch des Kindes Herz geöffnet für die Schönheit der Natur. Es wird angeregt zur aufmerksamen, aber auch zur sinnigen Betrachtung. Es beginnt zu ahnen die Allweisheit und Allmacht des Schöpfers aller Dinge, dessen geheimes Walten ihm aus der Mannigfaltigkeit und Grossartigkeit der Natur allüberall Bewunderung heischend entgegentritt.

Ist das Verständniss des Kindes erst so weit erwacht, dann sind ihm auch das Kreuz, der Stern, das Herz nicht mehr die blossen, zusammengesetzten Grundformen, sondern ansprechende Wahrzeichen des Glaubens, der Hoffnung und der Liebe.

Die dem Schulhause zunächst gelegenen vier Beete sollen in erster Linie der Veranschaulichung der Körper-Grundformen dienen. Auf jedem dieser Beete sind zwei Buchsbäume und drei Taxus eingepflanzt, die durch gärtnerischen Schnitt in die Form von Würfel, Säule, Kugel, Pyramide, Kegel, Kreuz u. s. w. gebracht werden.

Unschwer erkennt das mit den Flächenformen vertraute Kind die Verwandtschaft des Würfels mit dem Quadrat, der Kugel mit dem Kreis, der Pyramide mit dem Dreieck, des Kegels mit dem Kreis und dem Dreieck u. s. w. Auch die Grundkörper sind ihm schon in Natur und Leben begegnet, wenn auch vorher in Bezug auf ihre Form nicht recht unterschieden und begriffen; nunmehr erst versteht das Kind, dass die Erbse Kugelform hat, die Tanne eine natürliche Pyramide darstellt u. s. w. Und mit der Freude über das erlangte Verständniss erwacht das Interesse zur weiteren vergleichenden Beobachtung und förmlichen Unterscheidung.

Aus dem vorerwähnten Gebüsch heraus treten in natürlicher Grösse und Farbe die aus Neuhaldenslebener Fayence ebenso naturgetreu wie entzückend nachgebildeten, hauptsächlichsten Vertreter unserer, auf den Spaziergängen oft gesehenen, wild vorkommenden Säugethiere: Hase, Reh, Hirsch, Fuchs. Als einziger Vertreter der Hausthiere, die ja auf unserem Gutsgehöft jederzeit betrachtet werden können, steht neben dem Eingang zur Schule der Stammbruder des Fuchses, der Hund in derartig natürlicher Nachbildung, dass schon mancher Vorbeigehende sich wunderte, warum das anscheinend eben aus seiner Hütte herausgesprungene muntere Thier ihn nicht anbellte.

Vor einem wilden Dornbusch erhebt sich, aus Borke gezimmert, ein reizendes Häuschen, vor welchem eine Gruppe Zwerge auf der Ausschau steht. Der eine von ihnen trägt in einem Füllhorn allerhand schimmerndes Erz, das er und seine Genossen mit dem am Gürtel hängenden Werkzeug aus dem Gestein des Erdinnern mühsam herausgeholt haben. Vor dem Zwerghäuschen, in und neben einem durch unsere hauptsächlichsten Gesteinsarten abgegrenzten Gärtchen stehen ausser Anderem sehr natürliche Nachbildungen der wichtigsten einheimischen Pilze, der essbaren wie der giftigen.

Wie ganz anders andächtig lauschen die Kinder angesichts der langbärtigen Zwerge und ihrer traulichen Hütte all' den Märchen, die ihnen vordem ganz unverständlich geblieben waren.

Und das schimmernde Erz, der funkensprühende Feuerstein reden in stummer und doch eindrucksvoller Sprache von der Urzeit, als die Erde noch eine feurige Masse im unermesslichen Weltenall war, während die hier gefundenen kugelförmigen und flachen Findlingssteine, wie von Künstlerhand geschliffen, an die Zeit gemahnen, als hier noch des Meeres gewaltige Fluten rollten.

So giebt, um nicht zu weitschweifig zu werden, der nach den Angaben von Director Alt angelegte Schulgarten für jeden einzelnen Unterrichtszweig selbst bei den vorgeschritteneren Kindern einen packenden Stoff ab, so ermöglicht die Zusammenstellung an und für sich scheinbar wenig zusammengehöriger Gebilde eine Ueberbrückung der Gegensätze zwischen der todten Masse und Form zur lebendigen Creatur, von der Pflanze zum Thier, zum Menschen und zum allweisen Schöpfer aller Dinge.



[Aus der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe.]

Ueber den ersten Rechenunterricht bei schwachsinnigen Kindern.

Von *A. Paschen*, zweitem Lehrer der Anstalt.

Als besonders schwierig und undankbar gilt die Ertheilung des Rechenunterrichts in den Schulen für Schwachsinnige. Wie schwer ist es schon den gesunden Kindern die ersten Zahlenbegriffe zum Verständnis zu bringen, wieviel mehr solchen, die obschon alt an Jahren, in der geistigen Fassungskraft aber vielfach hinter dreijährigen Normalkindern zurückstehen.

Ehe mit dem eigentlichen Rechenunterricht begonnen werden kann, müssen deshalb die verschiedensten Vorübungen voraufgegangen sein. Diese Aufgabe erfüllt bei uns eine „Vorbereitungsklasse“, in der die Kinder geistig angeregt und zu kleinen Verrichtungen angeleitet werden sollen. Als Hilfsmittel hierzu dient vor allem die Anschauung, die Beobachtung und Benennung der die Kinder umgebenden Gegenstände in und ausser dem Hausse, die Nachahmung der Thätigkeit Erwachsener, die Anfertigung leichter Papierarbeiten u. s. w. Bei all diesen Vorbereitungen bietet sich Gelegenheit, auch schon auf die Zahlenverhältnisse Rücksicht zu nehmen. So lernen die Kinder hierbei schon Einheit und Mehrheit, weiter verschiedene Mehrheiten von einander unterscheiden.

So vorbereitet wird das Kind nun in die unterste Abteilung der Schule aufgenommen. Auch hier wird der Rechenunterricht vom Anschauungsunterricht zunächst nicht getrennt, wie er von diesem überhaupt immer, auch im ferneren Verlauf berücksichtigt wird. Nach einigen Monaten erst setzt der selbständige Rechenunterricht ein. Ich lade den verehrten Leser ein, im Geiste einer Rechenstunde beizuwohnen. Wir begeben uns in die betreffende Klasse, die Kinder stehen bei unserm Eintritt auf und begrüssen uns freundlich mit einem herzlichen „Grüss Gott.“ Auf einen Wink des Lehrers stellen zwei Knaben einen Rechenapparat auf dem Tische auf. Der besteht aus einem Brett, das 1 m lang und 0,60 m breit ist. In der Mitte finden sich Löcher in folgender Anordnung. :: :: :: ::

Die Löcher sind 12 cm, die Quadrate 16 cm von einander entfernt. Dazu gehören Kugeln von 6 cm Durchmesser. Diese sind mit einem Stiel versehen und können in die Löcher gesteckt werden. Das Brett ist schwarz, die Kugeln weiss gefärbt. Ausserdem haben wir den Apparat mit rothen Kugeln auf grünem Grund und mit schwarzen Kugeln auf weissem Grund. Die erste Art gefällt am besten. An Stelle der Kugeln werden zuweilen auch noch kreisförmige Scheiben benutzt, die an die über den Löchern eingeschlagenen Stifte gehängt werden können. Die Idee zu diesem hier gefertigten Apparat stammt aus der Lay'schen Rechenmethode. Lay lässt die Kinder die Rückseite des Schreibkastendeckels, die mit Löchern versehen ist, benutzen. Jedes Kind hat dazu kleine gestielte Kugeln in den Händen und ist dadurch in den Stand gesetzt, sich selbst die Zahlenbilder darzustellen, sich die Rechenoperationen zu versinnlichen. Bei allen ihren Vorzügen hat aber die ursprüngliche Lay'sche Methode einen grossen Mangel, der bei unsren schwachsinnigen Kindern besonders lästig wird: nämlich die Kugeln sind zu klein und entfallen den Kindern zu leicht. Dadurch wird der Unterricht in einer Weise gestört, dass jeder Erfolg ernst in Frage gestellt ist. Darum benutzen wir nur den für die Klasse bestimmten, oben beschriebenen grossen Apparat. Daran werden nun die Zählvorstellungen gewonnen und zwar so, dass zunächst jede Zahl immer in derselben Gestalt auftritt, also als Zahlenbild: 1 = ·, 2 = :, 3 = : ·, 4 = : :, 5 = : : ·, 6 = : : :, 7 = : : : ·, 8 = : : : : u. s. f.

Die Zahlenbilder können nun durch verschiedenfarbige Kugeln und Scheiben dargestellt werden. Das geschieht durch die Kinder selber. Dadurch wird die Vorstellung noch durch die Wahrnehmung des Tastsinns unterstützt. Weil aber immer nur **ein** Kind zu derselben Zeit am Brett beschäftigt werden kann, so würden die andern dieses Vortheils verlustig gehen. Zugleich wären diese in der Zeit unbeschäftigt, und das hätte einen schlechten Einfluss auf die Disciplin. Das Kind will sich bewegen und auch körperlich bethätigen. Will man diesen Trieb unterdrücken, so nimmt man Unmögliches vor; stellt man ihn aber in den Dienst des Unterrichts, so hat man ein wichtiges Hilfsmittel. Darum haben unsere Kinder Steinchen von dem Richterschen Steinbaukasten in Händen. Diese müssen alle gleich beschaffen sein nach Grösse, Form und Farbe. Die Kinder legen sie unter den Tisch, wenn sie nicht gebraucht werden. — Doch genug der Auseinandersetzungen und zur Beschreibung unserer Methode! Der Apparat ist von den Knaben mit

dem grössten Pflichteifer aufgestellt, und aller Augen richten sich auf den Kasten mit den Steinen. Es gilt, diese zu verteilen. Jeder will's, doch kann's nicht jeder. Einer der befähigsten bewirkt die Vertheilung mit Stolz und Selbstbewusstsein. Die Empfänger legen die Steinchen unter die Bank, und auf ein Zeichen des Lehrers sehen alle gespannt nach vorn. Jetzt stellt er ein Zahlenbild dar. Auf ein leichtes Klopfen holen die Kinder genügend Steine hervor und bilden das Zahlenbild auf dem Tisch nach. Der Lehrer überzeugt sich durch einen Blick, ob alle es richtig ausgeführt haben, und ob alle bei der Sache sind. So gehts noch einig Male. Zahlen werden noch nicht genannt. Die Schwierigkeiten sollen eben nach Möglichkeit getheilt werden. Bald jedoch werden mit dem Zahlenbilden auch deren Namen verbunden. Das ist sehr schwer für die Kinder und erfordert viele, viele Uebung. Nun nennt der Lehrer nur die Zahl, und die Schüler stellen das bezeichnete Zahlenbild aus Steinchen zusammen. Bei diesen Operationen tritt bisweilen der Lehrer ganz zurück und lässt eins der vorgeschrittenen Kinder an seine Stelle treten. Dadurch wird das Interesse noch mehr angeregt und der Lehrer schont seine Lunge. — Trotzdem glänzen aber bald einzelne Kinder, die vorher Feuer und Flamme waren, durch Unaufmerksamkeit: Sie wollen Abwechslung haben. Die wird am besten geschaffen durch Anwendung der gewonnenen Begriffe, d. h. durch ihre Uebertragung auf andere Gegenstände. Darum werden nun im Anschluss an die Zahlenbilder Aufgaben und Fragen gestellt, wie z. B. folgende; Was ist in der Stube 2 mal, 3 mal u. s. w. vorhanden? Auf welcher Bank sitzen 2, 3, 4 Kinder? Wieviel sitzen auf jener? Wieviel Fenster, Bilder, Tische, Schränke, Oefen etc. sind in der Schule? Zeichne 5 Striche, Kreuze, Nullen, Gegenstände an die Tafel! Nimm 5 Steine aus dem Kasten! Hole 5 Bücher, Kasten, Stifte etc.! Bilder werden betrachtet nach Zahlverhältnissen. Bei all den Veranstaltungen überbieten sich die Kinder gegenseitig an Eifer, der oft in Uebereifer ausartet. Nun werden auch die Zahlvorstellungen mit dem Gehör aufgenommen und so auch auf Zeitvorstellungen übertragen: So z. B klopft der Lehrer auf den Tisch und lässt die Kinder die Zahl der Schläge angeben. Oder die Kinder werden aufgefordert, 2, 3, X mal an die Thür, oder auf den Tisch zu klopfen, eine bestimmte Anzahl Töne zu singen, oder andere Thätigkeiten so und so oft auszuführen. Das alles gewöhnt die Kinder daran, die Zahlen auch als Reihe aufzufassen.

Das alles diente zur Erzeugung, Uebung und Befestigung der Zahlvorstellungen. Aber die Kinder sollen mit diesen operiren, also rechnen lernen. Dabei leisten die Steine wieder gute Dienste, indem die Kinder mit ihnen jede Aufgabe bildlich darstellen können. So sagt der Lehrer: 3 Steine — Pause, in der die Kinder 3 Steine auf den Tisch legen, — und 2 Steine. Die Kinder legen diese dazu und haben sofort das Resultat. Auch bei angewandten Aufgaben werden die Steine ebenso verwendet. Der Lehrer erzählt z. B.: Karl bekommt zu Weihnachten 6 Pfeffernüsse. — Die Kinder legen 6 Steine hin. — Davon isst er 3 sogleich. — Es werden 3 Steine unter den Tisch gesteckt. — Wieviel behält er noch? Ganz von selber kommt's denn, dass die Kinder das Essen, resp. eine andre genannte Thätigkeit schnell nachahmen. Das thut der Sache keinen Schaden, erhöht vielmehr die Lebendigkeit und das Interesse.

Stets wird nun auch die wirkliche Praxis gebührend berücksichtigt, d. h. die Kinder werden angehalten, nun auch selbständig das Gelernte ins Leben zu übertragen. Einzelne Stunden werden fast ausschliesslich dieser Aufgabe gewidmet. Wir gehen zu diesen Zweck mit den Kindern in den Garten, um sie dort zu beschäftigen, hauptsächlich aber die Stunde fürs Rechnen fruchtbar zu machen. Wir nehmen uns ein bestimmtes Stück vor, um dort z. B. Kartoffeln zu hacken. Nun müssen einige Kinder die nötige Anzahl Hacken angeben und holen. Andere zählen die Reihen, und stellen die einzelnen so an, dass jeder etwa dasselbe zu bearbeiten hat. Es wird festgestellt, wieviel Schritte das bezeichnete Gebiet lang und breit ist, wieviel Kartoffelpflanzen in einer Reihe stehen; wieviel Bäume darauf stehen etc. Die Kinder, für welche die Arbeit zu schwer ist, werden in anderer Weise beschäftigt: Sie helfen Blumen pflanzen, jäten, Beete herstellen, vielleicht müssen sie einmal Blumen abpflücken oder auflesen u. s. w. Dabei wird dann die Kenntnis von Maassen, Gewichten vermittelt. Auch die Längen — und Flächenmaase lernen die Kinder gelegentlich kennen. Wo es irgend geht, wird ihnen auch Gelegenheit zum Messen gegeben. Natütlich brauchen wir uns nicht immer auf den Garten zu beschränken; sondern wir begeben uns auch auf's Feld, in den Wald, in die Werkstatt für den Handfertigkeitsunterricht, auf den Gutshof u. s. w. Die Kleinen sind stets mit dem grössten Vergnügen



dabei, und manches Kind, das sonst stumm und stumpf und theilnahmslos dreinschaute und auch im Schulzimmer nicht recht aufzumuntern war, wird jetzt flink und munter, und manches matte Auge leuchtet auf in gehobenem Selbstgefühl. — So trägt also auch die an und für sich tote Zahl ihr Theil zur Belebung und damit zur Gesundung der bedauernswerthen Geschöpfe bei. Dem Rechenunterricht selber ist aber damit auch sehr gedient, da nun mit der Zeit das Kind auch selbständig die gewonnenen Vorstellungen und gelernten Operationen im Leben anwendet und gebraucht. Gar nicht selten habe ich gehört, dass recht schwachsinnige Kinder, ohne dazu angeregt worden zu sein, auch den Begriff der Zahl auf Gegenstände anwandten.

Freilich kann mir eingewendet werden, dass all diese Veranstaltungen doch auch das Kind von dem eigentlichen Rechnen ablenken, oder dass andererseits unsere ganze Arbeit den Zweck hat, tüchtige Rechner, anstatt brauchbare Menschen zu erziehen. Das erstere ist bisweilen der Fall. Aber das Rechnen tritt ja in Wirklichkeit nicht über Gebühr in den Vordergrund, höchstens in einzelnen Stunden. Aber auch da noch ist es verbunden mit dem Anschauungs- resp. Handfertigkeitsunterricht oder dergl. Ob nun auch andere Vorstellungen dabei einmal den Zahlvorstellungen das Interesse rauben, so schadet das nicht, wenn dadurch nur die Lebendigkeit und Intelligenz der Kinder gehoben wird. Das kommt denn auch dem Rechenunterricht wieder zu gute. Uebrigens berücksichtigen die andern Disciplinen ja diesen auch, wo es angebracht ist. Im allgemeinen überwiegt auf den unteren Stufen der Anschauungsunterricht. Dass wir nun dabei die Zahlverhältnisse nicht vernachlässigen, sondern so viel wie möglich berücksichtigen, macht's uns möglich, auch im Rechnen trotz der Schwierigkeiten noch verhältnismässig günstige Erfolge zu erringen.

Mit der Zeit werden nun auch zu den Zahlen die Ziffern eingeführt. Um das interessant zu gestalten, haben wir wieder besondere Einrichtungen: Wir haben die Ziffern mit weisser Farbe auf dunkelbraune Pappscheiben gemalt, und jedes Kind hat von jeder Ziffer ein Täfelchen in den Händen. Dadurch lassen sich folgende Uebungen vornehmen: Der Lehrer stellt ein Zahlenbild am Apparat dar; die Kinder legen dazu die Ziffer auf den Tisch; oder der Lehrer zeigt eine Ziffer, die Kinder stellen das bezeichnete Zahlenbild dar. Oder der Lehrer nimmt eine Zahl, die Kinder zeigen die Ziffer. Oder der Lehrer zeigt eine Ziffer und die Kinder nennen den Namen. Auch Aufgaben kann er mit Hülfe der Täfelchen darstellen. Freilich thut da die Wandtafel dieselben Dienste. Jedoch können bei angewandten Aufgaben die Täfelchen das Vergessen der gegebenen Zahlen unmöglich machen.

Wir haben allen Grund mit den mittelst dieser Methode erzielten Erfolgen zufrieden zu sein. Es ist erstaunlich, wie anfänglich ganz stumpf und theilnahmslos erscheinende Kinder nach und nach auch im Rechnen fortschreiten und selber auch dem Rechenunterricht Freude abgewinnen.

Auch der Lehrer empfängt dadurch dermaassen reichen Lohn für die aufgewandte Mühe, dass der so mannigfaltig sich gestaltende erste Rechenunterricht bei Schwachsinnigen gar bald zu seinen liebsten Stunden zählt.

Dass die Methode sich auch vortheilhaft für den ersten Rechenunterricht der Normalkinder verwerthen lässt, haben wir in der hiesigen Beamten-Kinderschule erproben können. Ueberhaupt empfängt der Lehrer beim Unterricht von Schwachsinnigen manche segensreiche Anregung für seine allgemeine Berufsausbildung und kann die bei anormalen Kindern gelernten „Hilfen" erfolgreich auf den Normalunterricht übertragen.



Haftpflicht bei Geistesstörung bezw. Alkoholismus im französischen Recht.

Von Dr. *Hermann Kornfeld*-Grottkau (Schlesien).

A. Giraud: Die Verantwortlichkeit Geisteskranker im Civilrecht. Annal. Med.-Psych. Nov.-Dec. 1899.

Das B. G.-B. bestimmt in § 827: Wer ... in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustande krankhafter Geistesstörung einem Andern Schaden zufügt, ist für den Schaden nicht verantwortlich; und in § 829: Wer ... für einen ... Schaden auf Grund des § 827 ... nicht verantwortlich ist, hat gleichwohl, sofern der Ersatz des Schadens nicht von einem aufsichtspflichtigen Dritten erlangt werden kann, den Schaden insoweit zu ersetzen, als die Billigkeit ... erfordert



und ihm nicht die Mittel entzogen werden, deren er zu . . . bedarf.

Nach Allg. Landrecht im Th. 1 Tit. 6 § 41 fg. hafteten Wahn- und Blödsinnige nur für den unmittelbaren Schaden und nur mit analoger Beschränkung, wie im B. G.-B., der Aufsichtspflichtige vollständig wegen gröblicher oder auch nur aus mässigem Versehen vernachlässigter Aufsicht. Nach B. G.-B. § 832 besteht eine Ersatzpflicht für letzteren nicht, wenn er seiner Aufsichtspflicht genügt oder wenn der Schaden auch bei gehöriger Aufsichtsführung entstanden wäre.*)

In der Praxis wird hier die Frage zu beantworten sein, ob der Angeklagte im Sinne des § 827 (wie § 51 St.-G.-B. und wie B. G.-B. § 104[2]) geisteskrank war, wobei die partielle Geistesstörung wieder eine hervorragende Beachtung finden muss. Die Anerkenntniss dieser, wie sie im englischen Recht im Gegensatz zur englischen Psychiatrie energisch und unbeirrt festgehalten wird (zu des Verfassers Befriedigung), wird seiner Meinung nach allmählich überall durchdringen. Aber vorerst wird man sich auch hier wieder darauf gefasst machen müssen, einander diametral widersprechende Entscheidungen zu hören.

Es ist von Interesse, dass auch der Wortlaut der für präcise Wiedergabe so gerühmten französischen Sprache die Paragraphen des C. C. bezw. der Haftpflicht Geisteskranker nicht entgegengesetzte Auffassungen seitens der französischen Gerichte verhindert hat.

In einem Urtheile vom 19. Decbr. 1896 spricht sich der Appellgerichtshof zu Rouen, wie die französischen Gerichte nahezu einstimmig, dafür aus, dass die mit Demenz behafteten Personen auch civilrechtlich für Schaden nicht verantwortlich sind.

*) Die entsprechenden Bestimmungen in der österreichischen, französischen, englischen etc. Gesetzgebung finden sich in meinem Lehrbuch der gerichtl. Medicin, S. 435 fg. Die Entscheidung vom 6. Juli 1844, Paris (S. 439), verurtheilte Jemanden zur Entschädigung, der „zwar nicht hinreichend willensfrei war, um bestraft werden zu können, doch ein hinreichendes Bewusstsein von dem besass, was er dadurch verübte, dass er sich seinen Gewaltthätigkeiten hingab."

Dagegen hat das Tribunal zu Narbonne folgendes Urtheil am 27. Juni 1865 gefällt: „Jean F. hat seine Frau verletzt und sich dann gehängt. Die Frau war lange erwerbsunfähig und hat deshalb von den Eltern des F. Entschädigung zu beanspruchen. Ob F. zur Zeit dement war, musste ausser Betracht bleiben, da es sich nach dem Tode des Thäters nicht darum handelt, die Moralität der That zu würdigen, sondern den Ersatz des verursachten Schadens." Auf Appellation wurde das Urtheil vom Gerichtshof zu Rennes bestätigt: „Bezüglich Schadenersatz kommt es — im Gegensatz zum Criminalrecht — nicht auf die Absicht und den Willen des Thäters an. Ueberdies steht genügend fest, dass F. zur Zeit der That Verstand genug hatte, um sich für seine Handlungen zu verantworten, deren Folgen und Moralität er würdigen konnte." Also partielle Geistesstörung anerkannt! Nach Art. 1382 C. C. „verbindet jede Handlung, die einem Andern Schaden verursacht, Denjenigen, durch dessen Schuld der Schaden entstanden ist, zum Ersatz." Das Gericht, bemerkt Giraud, hat also Schuld haben und Urheber sein für gleichwerthig genommen.

Einen anderen Gesichtspunkt zeigt das Urtheil des Tribunals zu Havre vom 13. Februar 1873, bestätigt durch den Gerichtshof zu Rouen: Der Capitain eines Schiffes war in Folge von Excessen in Alkohol in Verfolgungswahn verfallen und hatte in diesem einen Mann der Besatzung niedergeschossen. „Das Gesetz will nicht Jeden von Ersatz entbinden, welcher im Zustande einer die gesunde Ueberlegung ausschliessenden Ueberreizung einen Schaden verursacht hat, z. B. der heftigen Leidenschaft, Trunkenheit; sondern nur wenn der Vernunftmangel rein zufällig und unabhängig von seinem Willen entstanden war. Da der Capitain kraft Vollmacht seines Rheders eine Macht hatte, die ihm die That auszuüben erlaubte, so war seinem Verfehlen die That zuzurechnen und er daher ersatzpflichtig." Sinnlose Trunkenheit bezw. Delirium tremens bildet also civilrechtlich in Frankreich keine Entschuldigung.*)

*) Vgl. Nr. 34 dieser Zeitschrift: Trunkenheit im englischen Gesetz.



Mittheilungen.

— **Ansbach**, 9. November. Der mittelfränkische Landrath pflog in seiner gestrigen Vormittags-Plenarsitzung Berathung über die Errichtung einer zweiten mittelfränkischen Kreis-Irrenanstalt mit landwirthschaftlichem Betriebe. Bürgermeister Dr. v. Schuh als Referent erstattete ein-



gehenden Bericht über die seitherigen Verhandlungen und empfahl Zustimmung zu dem Ausschussantrage, wonach diese Anstalt auf dem von der Stadt Ansbach angebotenen, in unmittelbarer Nähe der Stadt liegenden, ca. 280 Tagwerk grossen Grundbesitze nach Maassgabe des von dem k. Kreisbaurath Förster dahier ausgearbeiteten Projectes mit einem Kostenaufwande bis zu 6 300 000 Mk. erbaut werden solle. Dabei habe die Stadtgemeinde Ansbach — was bereits geschah — die Haftung dafür zu übernehmen, dass die Kreisgemeinde den ganzen Complex abzüglich der von ersterer schenkungsweise zugesagten 60 Tagwerk Wald und 18 Tagwerk Wiesen und Aecker um einen Gesammtpreis von 280 000 Mk. erwerben könne bezw. die eventuellen Mehrkosten auf sich nehme, endlich für unentgeltliche Zuführung der Gas- und Wasserleitung, für unentgeltliche Benutzung der städtischen Canäle zur Abwässerung und für Abgabe von Gas und Wasser zu bestimmten Mindestpreisen eine Verpflichtung einzugehen. — Nachdem der Landrath in corpore vor Beginn der Nachmittagsitzung das in Aussicht genommene Terrain, welches unmittelbar an das neue Krankenhaus an der Feuchtwangerstrasse angrenzt, genau besichtigt hatte, erfolgte die fast einstimmige Annahme des vorgeschlagenen Projectes. Der Ausbau der neuen Anstalt erfolgt erst nach und nach; die Eröffnung der Anstalt für zunächst 400 Kranke soll im Jahre 1902 erfolgen. Zum Zwecke der Aufbringung der erforderlichen Mittel ist mit Zustimmung des Landtages ein Anlehen bis zum Höchstbetrage von 6 300 000 Mk. aufzunehmen. (A. Az.)

Bericht über die 64. ordentliche Generalversammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am Samstag, den 11. Novbr. 1899, in Bonn.

a) E. Schultze: Ueber epileptische Aequivalente.

Sch. berichtet im Anschluss an eine frühere Mittheilung über einen vierten Fall von automatisme ambulatoire (Charcot), dem ebenfalls Epilepsie zu Grunde lag. Damals wurde ihm entgegengehalten, dass das Fehlen erheblicher Bewusstseinsstörungen und das Vorhandensein einer so guten Rückerinnerung nicht sehr zu Gunsten der Diagnose Epilepsie spreche.

Um diesen Einwand zu widerlegen, stützt er sich auf verschiedene Fälle eigener Beobachtung; aus diesen geht hervor, dass die verschiedensten zeitweiligen Störungen sowohl somatischer wie psychischer Art bei Kranken, deren Diagnose idiopathische Epilepsie völlig sicher war, auftraten, ohne dass sie von einer erheblichen, nachweisbaren Bewusstseinsstörung begleitet waren; und dass diese Störungen wirklich epileptischer Natur waren, ergab sich daraus, dass die gleichen Symptome in der Form einer aura ausgesprochene, echte epileptische Anfälle einleiteten.

b) F. Schultze: Ueber einen Fall von myasthenieähnlicher Erkrankung.

Der von Sch. kurz skizzirte Fall wich in einzelnen Punkten wie dem Verhalten der Atrophie der Muskulatur und der elektrischen Erregbarkeit von dem als „myasthenia pseudoparalytica gravis" von Jolly genannten Krankheitsbilde ab und glich am meisten einem der früher von Erb beschriebenen Fälle von einem der Bulbärparalyse ähnlichen Symptomencomplexe. Die beabsichtigte Demonstration musste unterbleiben, weil Patient inzwischen einem Anfalle von Herzschwäche erlegen war; die makroskopische Untersuchung konnte am Gehirn, wie im voraus zu erwarten war, nichts Bemerkenswerthes nachweisen.

c) Thomsen: Welchen Umfang müssen die anamnestisch ermittelten epileptischen Momente haben, sollen sie die Annahme einer epileptischen Geistesstörung vor Gericht begründen?

Da die Schwierigkeiten der Diagnose einer epileptischen Geistesstörung in foro besonders grosse dann sind, wenn die Anamnese unvollständig und das Individuum unglaubwürdig ist, so legt der Vortragende besonderen Werth auf das Resultat von Beobachtungen nicht incriminirter Individuen und stellt folgende Fragen: 1. welche Antecedentien epileptischer Natur dürfen wir als genügend ansehen, um auf Grund derselben eine Psychose als sicher oder wahrscheinlich epileptisch zu bezeichnen und 2. finden sich bei den nicht verdächtigen Kranken analoge Zustände von Störungen des Bewusstseins und der Erinnerung als unzweifelhaftes directes Krankheitssymptom wie bei incriminirten Individuen, bei welchen letzteren ein sicheres Urtheil über das thatsächliche Vorhandensein derselben oft nicht zu gewinnen ist?

35 Fälle von epileptischer Geistesstörung bei nicht incriminirten Männern aus der eigenen Beobachtung dienen als Material. Krampfanfälle fehlten ganz bei 40%, in 20% waren sie häufig, in 40% selten, in sehr verschieden langen Pausen auftretend und in der Hälfte der Fälle erst im Mannesalter beginnend. Wir dürfen also auch beim Incriminirten keine zahlreichen Krampfanfälle erwarten. Schwindelanfälle (und Absencen) sind häufiger (54%), meist wurden Schwindel- oder Krampfanfälle zugegeben, nur einmal keins von beiden. Die Diagnose einer epileptischen Geistesstörung ist nur gestattet bei Nachweis von Schwindel- oder Krampfanfällen. Ein sicher beobachteter Anfall kann von grosser Bedeutung sein und dann gewinnen auch die epileptoiden Symptome einen grossen diagnostischen Werth.

Mit Bezug auf die Psychose ist das Wesentliche die Veränderung des Bewusstseins: Psychose, Absencen, epileptoide Zustände, Schwindel- und Krampfanfälle sind nur verschiedene Formen dieser Bewusstseinsveränderung, die wir als Epilepsie bezeichnen, ohne ihre Natur zu kennen. Zum Krampfanfall steht sie in keinem causalen Verhältniss, die Lehre von den post- und präepileptischen Geistesstörungen und von den psychischen Aequivalenten ist unrichtig und irreführend. Das starke Schwanken des Bewusstseins, der jähe Wechsel von Lucidität und Verwirrtheit, das Neben- und Nacheinander von ganz verkehrtem und relativ verständigem Handeln und Reden ist charakteristisch und wird immer wieder beobachtet. Die Bewusstseinsveränderung kann unter starken



Schwankungen Wochen und Monate dauern, innerhalb derselben kommen die complicirtesten Veränderungen der Persönlichkeit, der Situation und der Wirklichkeit, die barocksten Einfälle, die sinnlosesten Handlungen vor, nur relativ selten ist die Form der Psychose eine specifische.

Ebenso schwankend ist das Verhalten der Erinnerung. Es werden nur Theile von einer Handlung erinnert, für eine scheinbar lucide Zeitperiode von längerer Dauer besteht complete Amnesie, für ein einzelnes Moment aus einer Zeit völliger Verwirrtheit kann die Erinnerung erhalten sein, die vorhanden gewesene Erinnerung kann verschwinden, die fehlende zurückkehren. Da alle diese Verhältnisse beobachtet werden bei unbescholtenen Individuen, so rechtfertigt ihr Vorhandensein bei Incriminirten nicht den Verdacht der Simulation — wir sollen mit der Annahme derselben in foro sehr vorsichtig sein und uns vor rein logischen Vorurtheilen hüten.

d) Zengerly: Ein bemerkenswerther Fall von Schwachsinn.

e) Förster: Beitrag zur Wirkung von Lactophenin. (Erscheint in dieser Wochenschrift.)

Im Anschluss an F.'s Vortrag berichtet E. Schultze kurz über die bisher von ihm mit Dormol erzielten, zum Theil durchaus günstigen Resultate; er glaubt es, soweit seine bisherige Erfahrung reicht, besonders für Alkoholisten und Epileptiker empfehlen zu dürfen. Eine genauere Mittheilung der Versuche, die fortgesetzt werden sollen, stellt Sch. in baldige Aussicht.

— **Bühne und Irrenanstalt.** Der Berliner Local-Anzeiger vom 30. November 1899 enthält folgenden Bericht über die im Residenztheater in Berlin stattgehabte Aufführung des Schwankes „Busch und Reichenbach" von H. Lee und W. Meyer-Förster: „Man könnte die Posse fast für eine sehr gepfefferte Satire gegen das Irrenhaus- und Heilanstaltswesen halten. Es ist ja möglich, dass die Autoren mit ihrem Schwank bloss belustigen wollten, dann aber bekundeten sie in der Wahl ihrer Belustigungsmittel durchaus keine Angst. Die Mache ist ganz nach französischem Muster, und auch die Personen sind die Typen des französischen Schwankes. Die Schwiegermutter, eine verdoppelte und vergröberte Madame Bonivard, der Schwiegervater, ein zitternder Pantoffelheld, der im Geheimen pikante Erlebnisse sucht, und ein Schwiegersohn, der komische, liebenswürdige junge Mann, der willig und widerwillig sich in die wildesten Abenteuer stürzen lässt — das sind die Personen. Es sind die Pariser Caricaturen ins Berlinische übersetzt. Busch und Reichenbach ist eine Confectionsfirma. Busch ist der Schwiegervater, Reichenbach, der „schöne" Reichenbach, der von allen Confectioneusen angebetet wird, der Schwiegersohn. Busch, der gerade Eheferien hat, weil Frau und Tochter in Heringsdorf sind, ist im Begriff, eine kleine Dummheit zu begehen und Reichenbach hat eine ganz kleine Dummheit bereits begangen. Da trifft plötzlich Frau Busch ein, ganz unangemeldet, vom Bade gestärkt, brutaler als sonst und wie immer in den Schwiegersohn verliebt bis über die Ohren. Sie merkt sofort, dass irgend etwas nicht in Ordnung ist, und in der ganz heillosen Angst, in die Mann und Schwiegersohn von dieser unheimlich energischen Dame versetzt werden, redet sich der alte Busch dahin aus, dass der Schwiegersohn nervös sei. Frau Busch kommt nun auf den Einfall, den „schönen" Reichenbach in eine Heilanstalt zu bringen. Hier setzt die Satire ein. Der Anstaltsarzt — eine durchaus französische Schwankfigur — ist natürlich ein completter Narr. Bei der Untersuchung des vermeintlichen Patienten wird er vollständig an der Nase herumgeführt. Die Diagnose über den kerngesunden Reichenbach lautet: Höchstgradige Nervosität. Und nun beginnt ein tolles Spiel. Der gesunde „Patient" wird in Anstaltskleidung gesteckt, sehr rasch aller Freiheit beraubt und noch rascher als Irrsinniger behandelt. Jedes seiner Worte steht unter Controle. Er merkt bald, dass man ihn als Kranken behandelt und wird etwas erregt. Aber je erregter er wird, desto mehr verschlimmert er seine Lage, und schliesslich, da er sogar von seiner Frau für wahnsinnig gehalten wird und sich sein Aerger gesteigert hat, wird er einer brutalen Gewaltcur unterzogen.

Das Haus dröhnte von Lachen, als der gequälte „Patient" in die „elektrische Eiswanne" gesetzt wurde, wo er alle Martern einer verrückten Cur ausstehen sollte. Alexander spielte den schönen Reichenbach auch gar so komisch. Das Publikum lachte stürmisch den ganzen Act hindurch, in dem sich die Personen auf der Bühne gar so komisch benahmen. Und doch war die Geschichte eigentlich bitter traurig. Denn sie schien mit ausgestrecktem Zeigefinger lehren zu wollen: Seht, so werden manchmal ganz vernünftige und gesunde Leute in Anstalten gebracht, und so werden vernünftige Menschen für verrückt gehalten und schliesslich auch verrückt gemacht. Die Zuschauer aber schienen die Sache nicht als Satire zu nehmen. Das Ganze war so burlesk, die Situationen waren von so brutaler Komik, dass man einfach lachte, ohne sich darüber Rechenschaft zu geben, warum man lachte." —

Wir sind weit davon entfernt zu glauben, dass man dem Schwank- und Comödienschreiber darüber Vorschriften machen kann, welchen Gebieten er seinen Stoff nicht entlehnen möge; vielmehr ist es eine reine Geschmacksache, ob er in Irrenanstalten, in denen der düstere Ernst des Lebens nur durch den Geist der Menschenliebe und Menschenwürde gemildert wird, die Mittel sucht, um Komik zu erzielen. Man kann wohl annehmen, dass in der That den Autoren diese Anstaltsscene nur als derartiges Mittel diente, und sie nicht die Absicht hatten, die Irrenanstalt zu verhöhnen. Umsomehr müssen wir es als gänzlich deplacirt erachten, wenn der Berliner Local-Anzeiger in obigem Berichte versucht, dem Publikum eine solche Ueberzeugung beizubringen; er unterschätzt dabei recht bedenklich die Urtheilskraft seiner Leser und vergisst ganz, dass die Zuschauer Bewohner des Centrums deutscher Intelligenz waren.

Bücherschau.

Cramer, Gerichtliche Psychiatrie. Ein Leitfaden für Mediciner und Juristen. Jena, Verlag von G. Fischer. II. Aufl.

Die demnächst bevorstehende Einführung des B. G.-B. hat auch auf dem Gebiet der medicinischen Litteratur sehr anregend gewirkt. Insbesondere in allerneuster Zeit sind von Juristen und Psychiatern mehrere zum Theil recht gute Schriften veröffentlicht worden, die sich mit den Veränderungen des bürgerlichen Rechtslebens beschäftigen, welche der Psychiater bezw. Gerichtsarzt des neuen Jahrhunderts unbedingt kennen muss. Mit grosser Freude erfüllt es einen, wenn man unter all' den neuen Erscheinungen der gerichtlich-psychiatrischen Litteratur einen schon bewährten Ratgeber wiederfindet. Gerade zur rechten Zeit hat sich Prof. Cramer der mühevollen Arbeit unterzogen, sein bei Juristen und Medicinern schon längst als vortrefflich bekanntes Buch über die gerichtliche Psychiatrie der veränderten Rechtslage anzupassen und in verbesserter und wesentlich bereicherter Form neu herauszugeben.

Der Inhalt des Buches zerfällt in zwei Theile, von denen sich der erste mit der allgemeinen Thätigkeit des psychiatrischen Sachverständigen, der zweite mit den einzelnen Krankheiten beschäftigt. Nach einer kurzen psychologischen Einleitung, die insbesondere dem Juristen angenehm und lehrreich sein wird, geht Verfasser auf die Lehre von der Entartung und der Erblichkeit der Geisteskrankheiten ein. Hierbei wird Lombroso's Verdienst, die Kriminalisten in ihren Studien mehr auf den Verbrecher selbst und seine Natur als auf allerlei scholastische Lehren und Regeln hingewiesen zu haben, gebührend hervorgehoben, zugleich aber — und gewiss mit Recht — betont, dass ein Entarteter noch kein Geisteskranker, ebensowenig wie jeder Geisteskranke ein Entarteter ist!

Sodann wird die Sachverständigenthätigkeit in Strafsachen nach allen Richtungen hin eingehend besprochen. Es folgt die Erläuterung der für die Sachverständigen in Betracht kommenden Paragraphen der C.-P.-O. (Entmündigung wegen Geisteskrankheit und Trunksucht, Ehescheidung, Eidesfähigkeit u. s. w.).

Recht eingehend, dabei aber in knapper und übersichtlicher Form werden nun die durch das B. G.-B. neu in Kraft tretenden Bestimmungen geschildert, insbesondere die Entmündigung wegen Geisteskrankheit, Geistesschwäche und Trunksucht, die Pflegschaft, die Geschäftsfähigkeit und das Eherecht der Geisteskranken. Auf den überaus reichen Inhalt im einzelnen einzugehen, würde zu weit führen, nur eins sei hier hervorgehoben. Bekanntlich hat der in dem B. G.-B. gemachte Unterschied zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche schon jetzt vor dem Inkrafttreten des neuen Rechtes zu vielen Streitigkeiten Anlass gegeben, und die versuchte Feststellung beider Begriffe hat bereits viel Papier und Tinte erfordert. Recht zutreffend scheint mir des Verfassers Ansicht über diesen strittigen Punkt zu sein. Er schreibt da (S. 96): „Es ist mir nicht recht verständlich, wie in bestimmten psychiatrischen Kreisen an den Ausdrücken ‚Geisteskrankheit' und ‚Geistesschwäche' starker Anstoss genommen werden kann. Ueberall wo Jurisprudenz und Psychiatrie zusammenstossen, wird es bei dem heterogenen Charakter der beiden Wissenschaften Schwierigkeiten geben. Der Gesetzgeber fixirt die Formeln, nach denen Recht gesprochen wird. Der psychiatrische Sachverständige spricht nicht Recht, sondern fungirt lediglich, wenn ich so sagen darf, als ein Stück in der Beweisaufnahme. Er äussert sich über das, was er bei seinen Beobachtungen gefunden hat, und zieht seine Schlüsse daraus. Er muss versuchen das, was ihn seine Wissenschaft lehrt, so zu erläutern, dass der Richter im Stande ist, eine Beziehung zu den gesetzlich festgelegten Formeln, dem Paragraphen des Gesetzbuches zu finden. Wie dieser Wortlaut des Paragraphen auch gefasst ist, ganz wird er sich mit den Grundsätzen der psychiatrischen Wissenschaft nie vereinigen lassen, weil er kein medicinischer, sondern ein Rechtsbegriff ist. Der psychiatrische Sachverständige muss sich aber bekannt machen damit, was der Gesetzgeber mit dem Wortlaut seines Paragraphen meint, dann wird er auch wissen, wie er sein Gutachten abzugeben hat, selbst wenn der Rechtsbegriff nicht einmal mit ‚Geisteskrankheit' und ‚Geistesschwäche', sondern nur mit ‚x' und ‚y' bezeichnet wäre."

Im Schluss des allgemeinen Theils findet sich noch eine Besprechung der (namentlich für Anstaltsärzte wichtigen) Schadenersatzpflicht und Deliktfähigkeit, sowie eine sehr klare Auseinandersetzung über den Unterschied der civil- und strafrechtlichen Unzurechnungsfähigkeit.

Der zweite (specielle) Theil beschäftigt sich mit den Erscheinungen der einzelnen Geisteskrankheiten. Vieles, was der Verfasser hier aus seiner reichen Erfahrung mittheilt, wird nicht nur für den angehenden, sondern auch für den ausgebildeten Psychiater neu und lehrreich sein, und darum wird auch ein jeder, der dies Buch gelesen und studirt hat, zu der Ueberzeugung kommen, dass hier ein Werk wieder neu geschaffen ist, das dem Leser in kurzer, aber stets leicht verständlicher und angenehmer Form eine Fülle von Wissen entgegenbringt. Die Anschaffung dieses Buches ist daher jedem Juristen, Medicinalbeamten und Psychiater, welcher sich mit der gerichtlichen Medicin beschäftigen muss, nur zu empfehlen. Alt.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

— Owinsk. Assistenzarzt Dr. Berger ist ausgeschieden und als Hausarzt an die Privat-Irrenanstalt Lichtenrade bei Berlin übergesiedelt. Eingetreten sind: 1. Dr. Sturmhöfel als Assistenzarzt, bisher Volontairarzt der Provinzial-Irrenanstalt Conradstein; 2. Dr. Ehrlich als Volontairarzt, bisher praktischer Arzt in Bromberg.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.

Beiblatt zu Nr. 38 der Psychiatrischen Wochenschrift.

16. December 1899.

Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.

Allgemeine Verfügung vom 28. November 1899 über das Verfahren bei Entmündigungen wegen Geisteskrankheit oder wegen Geistesschwäche.

Bürgerliches Gesetzbuch § 6 Nr. 1.
Civilprozessordnung §§ 645 bis 679.

I. Thätigkeit der Staatsanwaltschaft.

§ 1. Die Staatsanwaltschaft hat darüber zu wachen, dass beim Vorhandensein der gesetzlichen Voraussetzungen (§ 2) die Entmündigung eines der Fürsorge bedürftigen Geisteskranken oder Geistesschwachen erfolgt, und dass Personen, bezüglich deren die bezeichneten Voraussetzungen nicht gegeben sind, nicht entmündigt werden, dass auch eine Entmündigung beim Wegfall ihres Grundes wieder aufgehoben wird.

Zu diesem Zwecke hat die Staatsanwaltschaft selbständig die geeigneten Anträge zu stellen und von einem auf Antrag eines anderen Berechtigten eingeleiteten Verfahren fortlaufend Kenntniss zu nehmen.

§ 2. Entmündigt kann werden, wer in Folge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag (Bürgerliches Gesetzbuch § 6 Nr. 1). Unter Angelegenheiten sind nicht nur Vermögensangelegenheiten, sondern die gesammten Lebensverhältnisse, z. B. auch die Sorge für die eigene Person, die Sorge für Angehörige, die Erziehung der Kinder u. dgl., zu verstehen.

Aus einem anderen als dem bezeichneten Grunde darf die Entmündigung nicht erfolgen, insbesondere nicht lediglich aus polizeilichen Rücksichten oder im ausschliesslichen Interesse anderer Personen.

§ 3. Die von den Vorstehern öffentlicher und privater Irrenanstalten eingehenden Anzeigen über die Aufnahme Geisteskranker und Geistesschwacher sind einer sorgfältigen Prüfung zu unterziehen. Auch ohne eine solche Anzeige hat die Staatsanwaltschaft in den etwa zu ihrer Kenntniss gelangenden Fällen von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche zu erwägen, ob Anlass zu einer Entmündigung vorliegt.

Sämmtliche Justizbehörden werden angewiesen, in den zu ihrer Kenntniss gelangenden Fällen von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche, in welchen sie den Anlass zu einer Entmündigung als gegeben erachten, dem zuständigen Ersten Staatsanwalte Mittheilung zu machen.

Die Staatsanwaltschaft hat nöthigenfalls die zur Entschliessung über die Stellung des Entmündigungsantrags erforderlichen Ermittelungen ihrerseits anzustellen.

§ 4. Die Stellung des Antrags auf Entmündigung kann ausgesetzt werden, wenn der Geisteskranke oder Geistesschwache noch nicht als unheilbar erkannt ist, insbesondere wenn eine baldige Genesung zu erwarten steht. Dies gilt auch von den in Irrenanstalten untergebrachten Personen. Jedoch darf der Antrag nicht verzögert werden, wenn die Besorgniss einer sachlich nicht gerechtfertigten Beschränkung der persönlichen Freiheit durch Unterbringung in einer Anstalt obwaltet.

§ 5. Sind andere Antragsberechtigte (Civilprozessordnung § 646 Abs. 1) im Inlande vorhanden, so hat die Staatsanwaltschaft, wenn nicht Gefahr im Verzuge obwaltet, zunächst zu ermitteln, ob einer von diesen zur Stellung des Antrags bereit ist, und nur, wenn dies nicht der Fall ist oder die Antragstellung ungebührlich verzögert wird, selbst den Antrag zu stellen.

§ 6. Ist die Entmündigung von der Staatsanwaltschaft beantragt, so hat diese das Verfahren zu betreiben, sich fortlaufend von dem Gange der Sache in Kenntniss zu erhalten, die der Sachlage entsprechenden Anträge zu stellen und nöthigenfalls von den zulässigen Rechtsmitteln Gebrauch zu machen. Sie hat auch thunlichst den Terminen, insbesondere dem Termine zur Vernehmung des zu Entmündigenden beizuwohnen, sofern es sich nicht um die Entmündigung einer in einer öffentlichen Anstalt untergebrachten Person handelt, deren Geisteskrankheit oder Geistesschwäche unbedenklich als vorhanden angenommen werden kann.

§ 7. Ist die Entmündigung von einem anderen Berechtigten beantragt, so hat die Staatsanwaltschaft, sobald sie davon, sei es durch Mittheilung des Gerichts (§ 11), sei es auf andere Weise, Kenntniss erhält, die Sachlage, nöthigenfalls unter Einsicht der Akten, zu prüfen und sachdienliche Anträge, insbesondere über Art und Umfang der Beweisaufnahme, zu stellen, wenn dies nach ihrer im § 1 bezeichneten Aufgabe angemessen erscheint.

Ob es zweckmässig ist, dass ein Vertreter der Staatsanwaltschaft den Terminen beiwohnt, ist nach Lage des Einzelfalls und unter Rücksichtnahme auf die etwa dadurch den Parteien zur Last fallenden Reisekosten zu entscheiden.

Vor der Beschlussfassung des Gerichts über die Entmündigung hat die Staatsanwaltschaft sich in jedem Falle gutachtlich zu äussern; die Aeusserung ist binnen einer Woche nach Vorlegung der Akten (§ 13) zu erstatten.

Wird der Antrag zurückgenommen, so hat die Staatsanwaltschaft nöthigenfalls durch Stellung eines neuen Antrags dem Verfahren Fortgang zu geben, falls sie die Voraussetzungen der Entmündigung als gegeben erachtet.

§ 8. Erachtet die Staatsanwaltschaft die Anordnung einer vorläufigen Vormundschaft (Bürgerliches Gesetzbuch § 1906) im Interesse des zu Entmündigenden für geboten, so hat sie diese bei dem Vormundschaftsgericht in Anregung zu bringen und im Falle einer ablehnenden Entscheidung geeignetenfalls die Beschwerde einzulegen (Reichsgesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit § 57 Nr. 2).

§ 9. Von jedem über eine Entmündigung ergehenden Beschlusse hat die Staatsanwaltschaft sofort nach der Zustellung (Civilprozessordnung § 659) dem Vorsteher der Anstalt, in welcher der zu Entmündigende untergebracht ist, Nachricht zu geben und ihm den Namen des etwa bestellten vorläufigen Vormundes zu bezeichnen.

§ 10. Erfolgt in einer Entmündigungssache die Ueberweisung der Verhandlung und Entscheidung an ein Amtsgericht, dessen Sitz in einem anderen Landgerichtsbezirke liegt (Civilprozessordnung §§ 650, 651), so sind die Akten an die dort zuständige Staatsanwaltschaft abzugeben.



II. Thätigkeit des Gerichts.

§ 11. Das Gericht hat der Staatsanwaltschaft Mittheilung zu machen:

1. von der Einleitung des Entmündigungsverfahrens;
2. von einer nach §§ 650, 651 der Civilprozessordnung erfolgten Ueberweisung der Verhandlung und Entscheidung an ein anderes Gericht;
3. von allen Terminen und zwar so zeitig, dass die Theilnahme eines Vertreters der Staatsanwaltschaft in dem Termine möglich ist.

Auch von wichtigen Vorkommnissen im Laufe eines Entmündigungsverfahrens ist der Staatsanwaltschaft Kenntniss zu geben.

Ausserdem muss nach § 656 Abs. 1 der Civilprozessordnung die Staatsanwaltschaft gehört werden, bevor über die Unterbringung des zu Entmündigenden in einer Heilanstalt Entscheidung getroffen wird.

§ 12. Die Mittheilungen (§ 11) erfolgen, wenn die Staatsanwaltschaft sich am Sitze des Amtsgerichts befindet, in allen Fällen, im übrigen, soweit es ohne Verzögerung der Sache möglich ist, durch Vorlegung der Akten, sonst durch Benachrichtigungsschreiben des Richters.

Die Staatsanwaltschaft kann auch in anderen als den im § 11 bezeichneten Fällen von den Akten Einsicht nehmen und aus ihnen Abschriften sich ertheilen lassen.

§ 13. Erachtet das Gericht die Ermittelungen für abgeschlossen, so hat es vor der Beschlussfassung über den Antrag auf Entmündigung die Akten der Staatsanwaltschaft zur Aeusserung (§ 7 Abs. 3) vorzulegen.

§ 14. Bei den Ermittelungen in Entmündigungssachen wird den Amtsgerichten die Beachtung nachstehender Punkte empfohlen:

1. Mündlich von Sachverständigen abgegebene Gutachten sind vollständig, nicht bloss ihrem Ergebnisse nach und nicht bloss insoweit, als der Richter dies für die Erlangung seiner persönlichen Ueberzeugung erforderlich hält, zu den Akten festzustellen.
2. Die Wahl der Sachverständigen ist in erster Linie auf solche Personen zu richten, welche auf dem Gebiete der Irrenheilkunde den Ruf besonderer Erfahrung besitzen. Sind solche Personen nicht zu erreichen, so ist die Wahl, wenn möglich, auf einen Kreisphysikus (Kreisarzt) oder wenigstens auf einen zu diesem Amte geprüften Arzt zu richten.
3. Den Sachverständigen ist die Ladung zu dem Termine so zeitig zuzustellen, dass sie sich, wenn nöthig, schon vorher durch Besuche, Nachfragen oder sonst über den Geisteszustand des zu Entmündigenden ein sicheres Urtheil bilden können. Eine Frist von sechs Wochen wird in den meisten Fällen hierzu ausreichen. Zu demselben Zwecke ist den Sachverständigen auch, soweit dies angängig, Einsicht in die Akten zu gestatten.
4. Die Vernehmung des zu Entmündigenden erfolgt in der Regel an seinem Wohnorte oder seinem Aufenthaltsorte, geeignetenfalls in der Wohnung oder der Anstalt.
5. Unterbleibt die persönliche Vernehmung des zu Entmündigenden (Civilprozessordnung § 654 Abs. 3), so ist der Grund hierfür aktenkundig zu machen.

§ 15. Abschrift eines jeden in einer Entmündigungssache erstatteten schriftlichen oder mündlich abgegebenen und zu den Akten festgestellten Gutachtens ist mit möglichster Beschleunigung dem Regierungspräsidenten einzusenden. Dem Gutachten ist eine Abschrift des Protocolls über die persönliche Vernehmung des zu Entmündigenden oder des Vermerkes über die Gründe, aus denen die Vernehmung unterblieben ist (§ 14 Nr. 5), beizufügen.

§ 16. Wegen der Theilnahme eines Abgeordneten oder Bevollmächtigten der Russischen Botschaft oder eines Russischen Consulats an den Terminen in Sachen, welche die Entmündigung Russischer Staatsangehörigen betreffen, bewendet es bei der Allgemeinen Verfügung vom 11. December 1860 (Just.-Minist.-Bl. S. 459).

§ 17. In dem Verfahren wegen Entmündigung einer Militärperson des aktiven Dienststandes ist der vorgesetzten Militärbehörde des zu Entmündigenden von der Einleitung des Verfahrens und von der Entscheidung über den Antrag auf Entmündigung Mittheilung zu machen.

III. Allgemeine Vorschriften.

§ 18. Auf schleunige Erledigung der Anträge auf Entmündigung ist thunlichst Bedacht zu nehmen.

§ 19. Die §§ 1, 2, 3 Abs. 3, die §§ 5 bis 7, 9 bis 18 finden in dem Verfahren, betreffend die Wiederaufhebung einer Entmündigung, entsprechende Anwendung.

§ 20. Wegen der Behandlung der in Entmündigungssachen der Staatskasse zur Last fallenden Kosten bewendet es bei der Allgemeinen Verfügung vom 18. November 1893 (Just.-Minist.-Bl. S. 330).

§ 21. Die Verfügung vom 16. October 1826 (v. Kamptz, Jahrb. Bd. 28 S. 296) sowie die Allgemeinen Verfügungen vom 4. März 1839 (Just.-Minist.-Bl. S. 102), 3. Februar 1840 (Just.-Minist.-Bl. S. 69), 10. Februar 1880 (Just.-Minist.-Bl. S. 28), 27. November 1882 (Just.-Minist.-Bl. S. 372), 10. Mai 1887 (Just.-Minist.-Bl. S. 129) und 8. August 1894 (Just.-Minist.-Bl. S. 241) werden aufgehoben.

§ 22. Diese Verfügung tritt am 1. Januar 1900 in Kraft.

Berlin, den 28. November 1899.

Der Justizminister.
gez. Schönstedt.

Abdruck aus dem Justiz-Ministerial-Blatt 1899 Nr. 44.

Halle a. S., Buchdruckerei des Waisenhauses.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 38. 16. December 1899.

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6191 a), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Baulich-psychotherapeutische Grundprincipien bei Errichtung einer modernen Irrenanstalt.

Von Dr. *Gustáv Oláh*, Director der k. ung. Staats-Irrenanstalt in Budapest-Angyalföld.

Die bauliche Anordnung einer Irrenanstalt hat nicht zur Aufgabe, Fragen der Unterbringung, sondern die der Behandlung von Geisteskranken, das heisst die psychotherapeutische Einwirkung auf den Zustand derselben zu lösen.

Eine moderne Irrenanstalt ist nicht einfach Ort, sondern zugleich Mittel der Behandlung von Geisteskranken.

Das frühzeitige Herausreissen aus dem psychischen Herd der Erkrankung, die irrenärztliche Anordnung des neuen Milieus ist ein zum Mindesten ebenso wichtiger Factor der Heilung Geisteskranker, als die Auslese eines entsprechenden Klimas für Lungenkranke. Da, wo diese psychotherapeutischen Factoren in Folge verfehlter baulicher Einrichtung nicht genügend zur Geltung gelangen, Geisteskranke unterzubringen, wäre gleichbedeutend mit der Behandlung von Lungenkranken in rauhen, Wind und Wetter ausgesetzten, lichtlosen Baulichkeiten. Für beide wäre es besser gewesen, zu Hause zu bleiben.

Die Frage des Baues einer Irrenanstalt ist mit der weitgehendsten Berücksichtigung von hygienischen und Sicherheitsmaassregeln noch lange nicht gelöst, denn die Irrenanstalt ist kein Internat, keine Kaserne, wo mit Licht, Luft, Wasser, Boden alles Wesentliche gelöst ist, sondern eine Anstalt, welche mit ihrer baulichen Einrichtung selbst höhere Heilzwecke verfolgt.

Es erscheint demnach unerlässlich, dass dem technischen Entwurfe einer Irrenanstalt ein rein irrenärztlicher Plan vorangehe. Erst wenn dieser von psychotherapeutischen Gesichtspunkten genau erwogen ist, haben Ingenieure und Baumeister das Wort.

Ich will mich für diesmal auf die allerwichtigsten psychiatrischen Anforderungen beschränken. Bevor ich dies thue, möchte ich in Kürze darauf hinweisen, wie Irrenanstalten nicht gebaut werden sollten, und wie die meisten mitteleuropäischen Anstalten als abschreckendes Beispiel gebaut wurden.

Ein indirect psychotherapeutisches Ziel ist, das Zutrauen des Publikums schon durch die bauliche Anordnung des Aeusseren der Anstalt zu gewinnen, wodurch die Geisteskranken, noch ehe es zu spät ist, der Anstalt zugeführt werden. Statt dessen verkünden die meisten grossen Anstalten ganz unnöthigerweise schon von Weitem den Zwangsaufenthalt der Insassen.

Was mag das unheimliche Bauungethüm ohne Aufschrift sein? (Denn die meisten Anstalten schämen



sich ihres Berufes und Namens oder sparen ihn dem Schutzbefohlenen als Ueberraschung auf. „Er soll nur erst darin sein.") — Es erscheint wie eine grosse Kaserne. — Doch wozu sollen die Gitter? — Ist's ein Gefängniss vielleicht? Doch sieht man nirgends bewaffnete Posten. — „Narrenhaus!" lautet die in geheimnissvollem Tone gegebene Antwort. Und der Wanderer vermeidet gern die grauenvolle Stätte oder schaut — wenn die Neugier seine Furcht bezwingt — mit unheimlichem Grauen durch die Lücken des Zaunes, um etwas von jenen Scenen zu erspähen, die er in Wort und Bild so oft geschildert sah.

Die schablonenmässigen Anstaltsbauten rechtfertigen thatsächlich jenen Begriff, den sich die Meisten von dieser „Stätte der lebendig Begrabenen" machen. Es ist mir völlig unverständlich, warum man den Aufenthaltsort von Gemüthskranken so düsterhaft monoton baut? Sind es vielleicht noch immer Reminiscenzen an den alten „Narrenthurm?" Und selbst dort, wo im Pavillonsystem gebaut wird, werden 6 oder 12 Rohbauhäuser aufgeführt aus irgend einem Schemenbuch in genauer geometrischer Anordnung und alle nach einem Schnitt von der Kapelle bis zur Todtenkammer. Vorher aber wird ein Medicinalbeamter mit einem Ingenieur zu einer Studienreise entsendet — ganz unnöthigerweise, denn der Zopf ist so ziemlich überall derselbe. Ist dann die Anstalt fertig, so weisen Director und Bauleitung stolz auf die Dampfheizung, elektrische Beleuchtung etc. hin. Gleichzeitig erscheint eine freundliche Notiz in den Zeitungen über die „mit Verwendung der neuesten Errungenschaften der Hygiene aufgeführte grossartige Anstalt", und alsbald füllen sich die endlosen Gänge mit lärmenden, keifenden Gestalten, mit denen der Arzt nicht weiss was anzufangen. Mehr Geld keineswegs, nur etwas mehr Kopfzerbrechen würde es erheischen, wenn man über die hygienischen Errungenschaften hinaus die Verwirklichung von rein ärztlichen und Gemüthsanforderungen anstreben würde. Handelt es sich doch um Beruhigung und Heilung Gemüthskranker, handelt es sich doch im Weiteren um die Ueberbrückung jener Kluft, welche die hilfesuchenden Angehörigen der Geisteskranken von der Anstalt trennt. Wie wenig braucht man, um die Anstaltsbaulichkeiten schon äusserlich freundlich, ich möchte sagen anheimelnd zu präsentiren! Einige weisse Jalousien, gitterlose Fenster mit Vorhängen und ein paar Blumen, an den Wänden hier und da wilde Reben etc. sind doch nicht kostspielige Sachen. Und würden sich dem Bauernstande angehörige Kranke nicht wohler fühlen in Gebäuden, welche nach Art der grossen Bauernhöfe, nur in grösserem Maassstabe gebaut sind, als in den riesigen, carbolduftenden Corridoren mit Mosaikfussboden? Auch könnte dabei mit wenig Ausgaben dennoch den Anforderungen der öffentlichen Sicherheit Genüge geleistet werden. In der unter meiner Leitung stehenden Anstalt befindet sich ein derartiges, ganz frei stehendes Gebäude, welches für wenig Geld als Nothbaracke gebaut wurde. Jetzt sind die Feldarbeiter darin untergebracht und es macht einen sehr freundlichen Eindruck, wenn sie sich Abends mit ihren Wärtern unter der grossen Linde versammeln. Lustige Lieder ertönen beim Zitherklang, bis das ländlich frugale Abendbrot erscheint.

Die gemeinsamen Säle, Hallen und Corridore machen jede Individualisirung der Behandlung unmöglich. Die Zwangs-Vergesellschaftung von Leuten, die sowohl in Bezug auf ihre gesellschaftliche Stellung als auf die Art ihrer Seelenstörung so grundverschieden sind, wirkt auf jedes menschliche Gefühl geradezu abstossend; am widerlichsten tritt dies zu Tage bei gewissen gemeinsamen Anstaltsfestlichkeiten, mit denen ich mich nie recht befreunden konnte.

Die conditio sine qua non der Anstaltsbehandlung ist die Gruppirung, das Feststellen der ständigen Umgebung. Natürlich, je grösser das Krankenmaterial, desto leichter findet der Kranke die ihm entsprechende Gesellschaft. Deshalb sind auch die kleinen Anstalten in doppelter Hinsicht der Fluch des Irrenwesens, theils, weil man nicht für je ein bis zwei Kranke — mehr findet man nicht, die die gleichen Ansprüche hätten — besondere Veranstaltungen treffen kann, und eben nur grössere Anstalten die Kosten grösserer Investitionen, wie Dampf- und Schwimmbäder, Bibliothek, Kirchen etc. aufbringen können, und theils, weil durch die Decentralisation die unentbehrlichen Ausgaben — von der Verköstigung der Kranken bis zum Lohn des Portiers — sich vervielfachen.

Die Irrenanstalt ist keine Hilfsstation, sondern ein Domicil für eventuell mehrjährigen Aufenthalt und deshalb ist es nebensächlich, ob der Kranke in der Provinz es nahe zur Anstalt hat oder nicht, die Hauptsache ist seine Unterbringung in einer entsprechenden Umgebung und dies ist nur bei grossen, modernen Anstalten möglich.

Es war mir immer unbegreiflich, warum die eine oder andere Stadt sich um eine Staats-Irrenanstalt bewarb, da dieselbe niemals localen Interessen dienen

kann. Das Irrenwesen ist eine grosse, culturelle Angelegenheit des Staates und kann nur in einheitlicher Organisation aufgefasst und gelöst werden. Die Irrenanstalten sind nicht Steuerämter oder Apotheken, die man auf der Landkarte Ungarns zu vertheilen hat, sondern Centren der Irrenpflege und wissenschaftlichen Forschung, die nur dann etwas leisten können, wenn sie im grossen Stile angelegt und ausgerüstet sind. Die Schulung des Wartepersonals, der zu weiterer Forschung anregende Contact einer grösseren Zahl von Irrenärzten, die psychiatrische Atmosphäre — um mich so auszudrücken — kann nur in wirklichen und grösseren Irrenanstalten befruchtend wirken. Ich bin übrigens überzeugt, dass sich die erwähnten „localen Interessen" im besten Falle auf eine gute Verwerthung der Communalgründe oder ähnliche locale Interessen reduciren lassen, ein Gesichtspunkt, der vielleicht bei der Erbauung einer Fabrik, die Tausenden von Arbeitern Brod giebt, in Betracht kommen kann, nicht aber bei der Anlage einer Irrenanstalt.

Zur Zeit, als die wirthschaftlichen Verhältnisse Ungarns noch ziemlich ungeregelt waren, trat jeder improductive Factor des Staatslebens in den Hintergrund. So wuchsen uns die Geisteskranken förmlich über den Kopf, und erst als die sich häufenden Schauerthaten eine wahre Panik hervorriefen, begann sich die öffentliche Meinung mit dem Irrenwesen zu beschäftigen und gelangte zu dem höchst beunruhigenden Resultate, dass von den Irren Ungarns 2000 internirt sind, 22000 aber frei herumlaufen. Anstatt die Lösung des Irrenwesens sorgfältig vorzubereiten, wurde die Dringlichkeit, die rasche Hilfe, die Abwendung der Gefahr zur Devise. Zum Glück brachte uns das Schicksal gleichzeitig mit der Besserung der Finanzen Männer, wie Chyzer und Niedermann, die alsbald zu der Erkenntniss kamen, dass sie für das allgemeine Gesundheitswesen nur dann Geldopfer erlangen können, wenn sie zwar allgemeines Gesundheitswesen meinen, aber allgemeine Sicherheit sagen, denn so taub auch die öffentliche Meinung in Bezug auf das Irrenwesen ist, so fein ist ihr Gehör, wenn von der eigenen lieben Sicherheit die Rede ist.

In Ermangelung von Irrenanstalten und der nöthigen Anzahl ausgebildeter Psychiater blieb nichts übrig, als aus der sanitären Frage der öffentlichen Gesundheitspflege eine Frage der öffentlichen Sicherheit zu machen und die Geisteskranken dort unterzubringen, wo man sie eben nahm, bei Speculanten, Mönchen, städtischen Spitälern etc., und bald war auch rege Nachfrage nach dem neuen Artikel. Einzelne Spitäler konnten ihre zerrütteten Finanzen auf eine nicht gehoffte Art ordnen und unternahmen grosse Bauten auf Credit ohne jedes Kapital bei Garantirung einer sicheren und raschen Amortisation.*) Die Gleichgiltigkeit der Gesellschaft in Bezug auf die weitere Entwicklung des Irrenwesens und die Dringlichkeit der im Vordergrunde stehenden Frage der öffentlichen Sicherheit liessen factisch eine andere Lösung nicht zu. Doch kann man diese Lösung als keine endgiltige betrachten, sonst haben wir in 15 bis 20 Jahren in allen Theilen des Landes Winkel-Irrenanstalten, die zwar mit Staatsgeldern erbaut wurden, aber niemals Eigenthum des Staates bilden können, und wenn dann Jemand die culturelle und finanzielle Bilanz des Irrenwesens zieht, wird dieselbe kaum günstiger ausfallen, als wenn sich der Staat rechtzeitig zu einem grösseren Opfer entschlossen hätte. Wir haben dann weder Irrenanstalten, noch Psychiater, noch eine Psychiatrie, und Ungarn ist auf diesem Gebiete dann gänzlich niedergebrochen.

In Russland war ein grosser Theil der Irren auch in Spitälern untergebracht, doch hat sich die Regierung in jüngster Zeit zu einem grossen Schritte entschlossen, der am besten durch folgenden Passus eines Petersburger Briefes des Dr. Mendelsohn illustrirt wird: „Die Unterbringung Geisteskranker in Irrenabtheilungen allgemeiner Krankenhäuser ist eine alterthümliche Einrichtung — nicht reformfähig und im Ableben begriffen." „Das Ministerium des Innern bewilligte 9 Millionen Rubel (ca. 18 Millionen Gulden) zur Errichtung von grossen Central-Irrenanstalten." Und doch könnte man in diesem unermesslichen Reiche mit den riesigen Distanzen und der mangelhaften Communication viel eher von Localinteressen reden.

Sehr wichtig ist noch eine Anomalie auf dem Gebiete der Erbauung von Irrenanstalten, d. i. die Unterbringung der irren Verbrecher. Die humane Auffassung unserer Zeit kennt keinen Unterschied unter den Geisteskranken, sei derselbe Verbrecher oder nicht. Das ist selbstverständlich und ist eine nicht zu bestreitende culturelle Errungenschaft. Doch war es ein Fehler, diese Gleichberechtigung auch auf den baulich-technischen Theil des Anstaltswesens zu erstrecken. Diesen Kranken die technische Möglichkeit des Entweichens fortwährend vor Augen halten,

*) Tout comme chez nous! Red.

sie entweichen lassen und immer wieder zurückbringen, ist alles eher als freie Behandlung, ist vielmehr raffinirte Quälerei. Die baulich-technischen Garantieen zur Verhütung der Entweichungen werden durch zudringliche und lästige persönliche Aufsicht nie ersetzt werden können, um so weniger dort, wo diese Aufsicht durch ad hoc engagirte vacirende Dienstleute geübt wird, die für ein gutes Trinkgeld wen immer ohne Gewissensbisse entweichen lassen. Die Auffassung aber, dass das Entweichen eines geisteskranken Verbrechers belanglos und nur ein Zeichen der freien Behandlung ist, halte ich für frivol und absurd. Ich glaube, es ist der Gesellschaft gleichgiltig, ob ein Attentat Folge von Wahnideen war oder nicht und ob der Leiter der Anstalt, aus der der Kranke entwichen, der Anhänger dieser oder jener Richtung der Irrenpflege ist; sie hat in jedem Falle das Recht zu fordern, dass das gemeingefährliche Individuum unter sicherem Verschlusse gehalten werde.

All' dies vorausgesendet erlaube ich mir in Bezug auf Erbauung von Irrenanstalten folgende Anträge zu stellen:

Die soeben illustrirten Zustände erfordern vor Allem dringlichst, dass das Entweichen der geisteskranken Verbrecher sowohl baulich-technisch, wie auch durch Organisation einer persönlichen Verantwortung unmöglich gemacht werde.

Mein Antrag besteht darin, dass der betreffende Director den zur Entweichung neigenden geisteskranken Verbrecher zwar dem zu diesem Zwecke erbauten Pavillon überweist, jedoch so lange der Kranke sich darin befindet, trifft jede Verantwortung die Sicherheitsbehörden, in deren Wirkungskreis dieser Pavillon zu bringen ist und die durch ihre eigenen Organe die nöthige Aufsicht walten lässt. Als sein Arzt bleibt der Director auch weiter in innerem Contact mit dem Kranken, bestimmt die innerhalb der Mauern ihm zu gewährenden Begünstigungen und entscheidet ausschliesslich in allen seinen Angelegenheiten, hört aber auf, sein Kerkermeister zu sein. Zu Derartigem taugt überhaupt kein Arzt und wird auch nie taugen; ist doch seine ganze Erziehung eine andere. Nach Annahme meines Antrages wird der Psychiater wieder der körperliche und geistige Arzt seines Kranken und damit sein Tröster, sein Freund und nicht der gehasste Kerkermeister. Die technisch-baulich zu lösende Aufgabe wäre also eine Paarung der vollen Sicherheit mit anscheinender Verminderung des kerkermässigen Charakters.

Die mit starken Gittern versehenen Schlafzimmer müssten in diesem Pavillon ausnahmsweise im Parterre untergebracht werden, damit auch die irren Verbrecher in der Lage sind, aus den unvergitterten Fenstern der Wohnräume im ersten Stock ins Freie zu blicken. Durch die Tagesbeleuchtung, die persönliche Aufsicht, die Höhe des Stockwerkes und die den Hof umgebende 5 m hohe Mauer ist das Gitter in den Räumen, die tagsüber benutzt werden, unnöthig. Das Aufsichtspersonal wäre natürlich unbewaffnet. Bei Geisteskranken kommt ein grösseres Complott oder eine planmässige Meuterei nicht vor. Unter den bei Tag zu benutzenden Räumen müssten neben mehreren grösseren auch ein bis zwei kleinere Zimmer sein für empfindlichere geisteskranke Verbrecher oder solche aus besseren Gesellschaftsklassen. Nothwendig wären ausserdem zwei Isolirzimmer mit Oberlicht für selbstgefährliche geisteskranke Verbrecher. Closetts und sämmtliche Räumlichkeiten im Parterre wären mit starken eisernen Gittern zu versehen; sämmtliche Zimmer wären auszumalen und anständig zu möbliren. Wenn die Gesellschaft im Interesse der eigenen Sicherheit ein Individuum, das eben durch das freisprechende Urtheil dieser Gesellschaft in Bezug auf das von ihm begangene Verbrechen für unzurechnungsfähig, also im ethischen Sinne für unschuldig erklärt wurde, dennoch mit dem Rechte des Stärkeren einsperren lässt, dann hat diese Gesellschaft die Pflicht, ihre auf diese Art gesicherte Ruhe auch zu bezahlen, denn dieser Kranke, obwohl er unschuldig und nur in Folge seines Leidens nicht unschädlich ist, macht in Wirklichkeit alle Qualen eines unrechtmässig detenirten Menschen durch. Es ist deshalb nothwendig, dass diese Kranken, vielleicht mehr als alle anderen, all' das geniessen, was man ihnen mit Berücksichtigung der finanziellen Verhältnisse und der Sicherheit der Anstalt bieten kann. Gute Kost, Tabak, Musikinstrumente, Zeitungen etc. wären hier in Betracht zu nehmen, vor Allem aber ein anständiger Tageserwerb durch irgend eine Handarbeit, denn die meisten dieser erwerbsfähigen, sich für normal haltenden Geisteskranken pochen mit der Begründung auf ihre Entlassung, dass ihre Familie den Ernährer entbehren muss. Und sind wir nicht verpflichtet, der Familie, der wir im Interesse unserer eigenen Sicherheit ihren z. B. trotz seiner Epilepsie erwerbsfähigen, doch in Folge seiner zeitweiligen Anfälle bedingungsweise gemeingefährlichen Ernährer rauben, dafür irgend eine Recompensation zu bieten?



Das Zusammenfassen sämmtlicher geisteskranken Verbrecher in eine speciell zu diesem Zwecke erbaute Landesanstalt halte ich für nicht entsprechend, erstens, weil an Stelle des einfachen Ueberweisens lange Verhandlungen mit den höheren Behörden treten würden, ferner, weil nicht alle geisteskranke Verbrecher diese strenge Aufsicht erfordern und es wieder zahlreiche Geisteskranke giebt, die zwar noch kein Verbrechen begangen haben, aber dazu im grossen Maasse veranlagt sind und deren hochgradige Gemeingefährlichkeit erst in der Anstalt constätirt wurde.

(Schluss folgt.)



Beitrag zur Wirkung von Lactophenin.*)

Von Dr. *R. Foerster*-Bonn, klinischer Assistenzarzt.

Das Lactophenin, vom Phenacetin nur dadurch unterschieden, dass der im Phenacetin gebundene Essigsäurerest beim Lactophenin durch das Milchsäureradical ersetzt ist, wurde schon seit einer Reihe von Jahren in den Arzneischatz aufgenommen. Viele Autoren haben seine antipyretische, antineuralgische und antirheumatische Wirkung gerühmt und dabei auch mehrfach seine beruhigende und schlafmachende Eigenschaft hervorgehoben. Cristiani**) in Lucca machte dann im vorigen Jahre Versuche mit Lactophenin bei der Schlaflosigkeit der Irren und kam zu dem Schlusse, dass dieses Präparat als das Hypnoticum par excellence bei der Schlaflosigkeit der Geisteskranken zu betrachten sei und dass es Unzuträglichkeiten irgend welcher Art nicht zur Folge habe. Neben weiteren günstigen Beurtheilungen wird jedoch von anderer Seite***) bei Anwendung des Mittels zur Vorsicht gemahnt, da ihm üble Nebenwirkungen anhafteten. Nach vereinzelten ermunternden Resultaten, die ich bei den Kranken der hiesigen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt feststellen konnte, sah ich mich veranlasst, das Lactophenin in ausgedehnterem Maasse als Hypnoticum und Beruhigungsmittel zu versuchen, worüber ich Ihnen, meine Herren, kurz berichten möchte.

Das Präparat wurde im Ganzen bei 115 Fällen der verschiedensten Art in rund 1300 Einzeldosen gegeben. Was die Dosirung anlangt, so erwies sich bei Schlaflosigkeit leichteren Grades die ein- bis zweimalige Darreichung von 1 g als geeignet, während bei hartnäckiger Insomnie und Unruhezuständen die Dosis von 2,0 bis zu dreimal am Tage gegeben wurde, wie sich denn überhaupt die Verabreichung des Mittels in mehreren Einzelgaben als am zweckmässigsten erwies — ja ich bin bis 9,0 pro die gestiegen, ohne irgend welche gefährlichen Folgeerscheinungen zu beobachten.

In der Litteratur sind von üblen Nebenwirkungen Icterus, leichte Benommenheit, Collapserscheinungen, Schweissausbrüche und Exanthembildung angeführt worden: bei den 115 mit Lactophenin behandelten Kranken sah ich nun zweimal das Auftreten von Gelbsucht und zwar beide Male unter den Symptomen des Icterus catarrhalis, ohne dass freilich der ursächliche Zusammenhang mit der Darreichung des Mittels bestimmt nachzuweisen wäre. In beiden Fällen waren nur kleine Dosen gegeben worden; in dem einen bekam ein 23 jähriges Mädchen 13 Tage hindurch 1,0 und drei Tage 1,5; der darnach aufgetretene Icterus war nach drei Wochen völlig geschwunden und kehrte auch später, nachdem das Präparat längere Zeit in höheren Gaben gereicht wurde, nicht wieder. Der andere Fall betrifft eine 63 jährige Patientin, die nach ihrer Aussage bereits vor einigen Jahren an Gelbsucht gelitten hatte und nach vierzehntägiger Einnahme von einem Gramm wieder an Icterus erkrankte, der nicht ganz vier Wochen anhielt, aber ebenfalls bei später wiederholter Darreichung des Mittels nicht mehr auftrat.

Zwei weitere Kranke berichteten von gesteigertem Durstgefühl, drei andere wollen sich nach dem Lactophenin matt in den Gliedern und wie „taumelig" gefühlt haben. Bei einigen wenigen sonst nicht zur Unreinlichkeit neigenden Kranken stellte sich vereinzelt Enuresis nocturna ein, die aber wohl als Folge des tiefen Schlafes und nicht als Lähmungserscheinung anzusehen ist. Von anderen unangenehmen Nebenwirkungen war jedoch beim hiesigen Material, übereinstimmend mit weitaus der Mehrzahl der Autoren, nichts nachzuweisen.

Was nun die verschiedenen Krankheitsformen angeht, bei denen das Präparat versucht wurde, so ergab sich folgendes:

*) Nach einem Vortrag, gehalten in der Versammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 11. Nov. 1899.

**) Manicomio 1898, Nr. 2.

***) u. a. Kölbl, Wiener med. Presse 1895, Nr. 42.

Bei Schlaflosigkeit nervöser und neurasthenischer Personen wurde das Mittel in 65 % der Fälle gelobt, 20 % berichteten von einer wenn auch nicht direct schlafmachenden, so doch angenehm beruhigenden Wirkung, in den übrigen 15 % wurde kein wesentlicher Einfluss verspürt.

Bei sechs paranoischen Kranken wurden Erregungszustände viermal mit günstigem, zweimal mit geringem Erfolge bekämpft. In zehn Fällen von Manie war die Wirkung — wie dies wohl zu erwarten war — nur je zweimal eine anhaltend und eine vorübergehend beruhigende, sechsmal blieb die Darreichung erfolglos, während sich die Schlaflosigkeit und ängstliche Erregung der Melancholiker der Behandlung mit Lactophenin recht zugänglich zeigte: von 16 Patienten hatten 10 nach Einnahme des Präparats in der Regel eine gute Nacht, die übrigen sechs wurden wesentlich ruhiger. Die Versuchsergebnisse bei den Aufregungs- und Verwirrtheitszuständen der Epileptiker waren bei $^3/_4$ der Fälle günstige, ebenso bei der Hysterie. Auch beim manischen Stupor sind befriedigende Erfolge zu verzeichnen, desgleichen in der Mehrzahl der Versuche bei den degenerativen Formen und bei secundärer Schwäche, dagegen nicht bei der agitirten senilen Demenz.

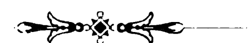
Bei den deliriumartigen Phasen im Verlaufe der progressiven Paralyse erwies sich das Lactophenin in fast $^3/_4$ der Fälle als wirksames Sedativum, ebenso erzielte ich bei den verschiedenartigsten Zuständen von acuter Verwirrtheit recht günstige Resultate: die Insomnie und motorische Unruhe wichen bei 56 % dem Lactophenin in oft nur mässigen Dosen, während sie beim Aussetzen des Präparats wiederkehrten; bei weiteren 28 % war eine beruhigende Wirkung zu constatieren. So konnte ich bei einer 54jährigen Dame, die sich seit mehr als 30 Jahren wegen periodischer Verwirrtheit in Anstaltspflege befindet, den zu erwartenden Anfall dadurch hintanhalten, dass bei den allerersten Anzeichen der beginnenden Erregung Lactophenin in steigenden und dann wieder fallenden Dosen gegeben wurde; auch der nächste Anfall, in dem sie sich jetzt befindet, verläuft bisher weit milder als die früheren.

Ich konnte nun in Uebereinstimmung mit Cristiani die Erfahrung machen, dass körperliche Schwächezustände keineswegs die Darreichung von Lactophenin contraindiciren, sondern dass gerade unter diesen Umständen das Mittel seine Wirkung am besten entfaltet. Es zeigte sich dies namentlich bei anämischen und entkräfteten Individuen, wie bei vorgeschrittenen Paralytikern, bei schlecht essenden Melancholikern, bei Chlorotischen und vor allem bei Frauen, die im Anschluss an das Puerperium erkrankt waren; bei den puerperalen Psychosen erwiesen sich bereits Tagesgaben von 1—4 g in der Regel als wirksam.

Dass Lactophenin auch längere Zeit hindurch ohne Schaden genommen werden kann, beweisen Fälle, in denen bis zu $2^1/_2$ Monate lang pro die 1,5—3,0 dargereicht wurde, wobei freilich einige Male die Wirkung nach mehreren Wochen nachliess, so dass mit der Dosis gestiegen werden musste.

Fünfmal sah ich Erfolge bei Kranken, wo andere Präparate wie Opium, Morphium, Trional u. a. im Stich gelassen hatten. Auch wendete ich mehrfach das Lactophenin zugleich mit Opium oder Heroin an.

Wenn wir uns nun zum Schlusse auch nicht so enthusiastisch für das Lactophenin erklären wollen, wie dies von mehreren Seiten geschehen ist, so hat sich doch auf Grund der hiesigen Versuche herausgestellt, dass das Präparat als Hypnoticum und Sedativum bei den Geisteskranken in der Mehrzahl der Fälle eine günstige Wirkung entfaltet und dass ein Versuch mit demselben besonders bei körperlich geschwächten Kranken zu empfehlen ist. Das geruchlose und kaum merklich bitter schmeckende Pulver wurde durchweg gern genommen und hat auch, wie wir sahen, keine bedenklichen Nebenwirkungen.



Winter in der Irrenanstalt.

Mit dem Eintritt der kälteren Jahreszeit hört für unsere Kranken nicht nur so manche Gelegenheit, sich im Freien zu beschäftigen auf, sondern der Tage werden es immer weniger, an denen die Sonnenstrahlen die Luft so durchwärmen, dass ein selbst nur kurzer Aufenthalt im Freien auch für Nichtbeschäftigte erträglich, der Gesundheit zuträglich ist; und gerade diejenigen Geisteskranken, die sich nicht beschäftigen können, insbesondere Reconvalescenten von durch Heftigkeit



und Langwierigkeit schwächenden Leiden, solche, welche des Lichts und der Luft am meisten bedürfen, sind durch Tage und vielleicht Wochen auf die Krankenstube angewiesen. Aber auch bei denjenigen Kranken, denen zu Heilzwecken längerer Aufenthalt im Bett verordnet wird, muss derselbe ab und zu für kürzere Zeit unterbrochen werden, wollen wir nicht körperliche und seelische Kunstproducte der Bettbehandlung — Blutarmuth und Tuberculose einerseits, Bettsucht und Apathie andererseits — erzeugen.

In der That, unser Bemühen, zwischen den beiden Principien der modernen Anstaltsbehandlung, der Uebung und Schonung des Geistes und der Nerven, zwischen der Bewegung und der Ruhe die richtige Mitte (d. i. die Bewegung in der Ruhe oder die Ruhe in der Bewegung) zu halten, stösst während der Wintermonate auf grosse Schwierigkeiten.

Eine wesentliche Verminderung könnten dieselben erfahren, wenn für die Kranken hinreichend Winterüberkleidung zur Verfügung stände, wozu sich bei Männern einfache Havelocks, bei Frauen grosse Umhängetücher als praktisch erweisen würden. Die Anstalten, in denen hierfür genügend gesorgt ist, dürften die Ausnahme der Regel bilden; und wo solche Kleidungsstücke vorhanden, sind sie es in beschränkter Zahl, und sie dienen gewöhnlich nur den (im Freien) beschäftigten Kranken zum Schutz gegen die Kälte.

Das Christfest steht vor der Thür: machen wir also den Kranken mit Mänteln und Tüchern ein nützliches Geschenk.

Der Anstaltsetat steht zur Erneuerung: setzen wir solche Kleidungsstücke auf denselben; sie werden gewiss, wenn auch zunächst nur ein Theil, bewilligt werden. Sie gehören zur Krankenpflege.

(Nach Maassgabe der Verhältnisse würde für die Zahl der in einer Anstalt erforderlichen Mäntel und Umhänge nur ein bestimmter Procentsatz der Kranken oder vielmehr des durchschnittlichen Krankenbestandes in Betracht kommen.) Bresler.



Mittheilungen.

— **Die „Heilstätte für Nervenkranke Haus Schönow"** in Zehlendorf wurde am 4. d. M. Mittags in feierlicher Weise im Beisein der beiden Oberpräsidenten der Provinzen Brandenburg und Sachsen, v. Bethmann-Hollweg und v. Bötticher, eingeweiht. Superintendent Lange aus Teltow hielt die Weiherede, worauf Oberpräsident v. Bethmann-Hollweg das Wort ergriff, um seiner Freude darüber Ausdruck zu geben, dass die Provinz Brandenburg es ist, die durch Errichtung dieser neuartigen Krankenanstalt und Heilstätte vorbildlich geworden ist für die übrigen Landestheile. Durch die stets sich mehrende Hast nach Erwerb und Gewinn, durch die immer mehr zunehmende Concurrenz würden die menschlichen Kräfte schneller verbraucht, die Volkskraft leide in ihrer Gesundheit, und es sei mit Freuden zu begrüssen, dass hier eine Stätte errichtet sei, die aus privaten Mitteln den Kranken und Schwachen eine friedliche und freundliche Zufluchtsstätte biete. Der Oberpräsident schloss mit der Mittheilung, dass der Kaiser, der sich eingehend über die Anstalt habe berichten lassen, sein Interesse an derselben dadurch bekundet habe, dass er dem Leiter des Unternehmens, Geheimrath Professor Dr. H. Laehr, den Kronenorden II. Klasse verliehen habe. In Vertretung des durch eine Dienstreise behinderten Vorsitzenden des Curatoriums, Wirkl. Geheimraths Dr. Köhler, des Directors des kaiserlichen Gesundheitsamtes, nahm der stellvertretende Vorsitzende, Geheimer Medicinalrath Professor Dr. Jolly, das Wort, um allen Damen und Herren, die durch Jahresbeiträge, durch einmalige Zuwendungen und durch Geschenke aller Art die Fertigstellung der Anstalt gefördert haben, innigst zu danken. Redner übergab die Anstalt an den Director der Heilstätte, Herrn Dr. Max Laehr. In seiner Antrittsrede gab der Letztere eine Schilderung der Aufgaben, die die Anstalt jetzt nach ihrer Fertigstellung zu erfüllen habe, und der hohen Ziele, die zu erstreben seien, um den richtigen Geist in die Anstalt zu bringen. (Berl. Tagebl.)

— **Die Verstaatlichung der Heil- und Pflege-Anstalten** und die Anstellung der Aerzte derselben als Staatsbeamte ist eine der Forderungen in dem kürzlich von dem Abgeordneten Bebel entwickelten Programm der socialdemokratischen Partei. Neu ist sie nicht; sie findet sich schon bei Reil („Rhapsodien", § 24, S. 465).

— **Nachtrag** zu dem Bericht über die 64. ordentliche Generalversammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz zu Bonn in voriger Nummer dieser Wochenschrift:

Zengerly berichtet über einen 33jährigen, erblich belasteten Mann, welcher wegen Sittlichkeitsverbrechen — begangen an jungen Mädchen —



wiederholt mit dem Strafgesetz in Conflict gekommen war. Bei dem letzten Vergehen erhoben sich Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit und die psychische Untersuchung, auf Grund deren er ausser Verfolgung gesetzt wurde, sowie die weitere Beobachtung in der Merziger Anstalt ergaben, dass es sich um einen erblich Entarteten im Sinne Magnan's handelte: Kritiklosigkeit, Reizbarkeit, krankhafte Veränderlichkeit der Stimmungen, Prahlen und Renommiren, das ganze Wesen ein Durcheinander von Phantasie, Lüge, Wahn und im Besonderen eine Reihe von Erinnerungsentstellungen wie auch Erinnerungstäuschungen.

Bei der kritischen Beleuchtung des Falles weist Z. darauf hin, dass es sich möglicher Weise um eine Complication mit Epilepsie handeln könne, da Zustände beobachtet wurden, welche man vielleicht als „petit mal" ansprechen könnte. (Autoreferat.)

— In der Sitzung der Pariser Académie de Médecine vom 3. December theilte Gautier mit, dass er mit Hilfe neuer Methoden das Vorhandensein von **Arsen im normalen menschlichen Körper** nachgewiesen habe. Arsen befindet sich nach Gautier in wägbaren Mengen im Gehirn, in der Thymusdrüse, der Schilddrüse und in der Haut. Die übrigen Theile und Organe des Körpers enthielten keine Spur davon. Am meisten Arsen fand sich in der Schilddrüse, nämlich in 1 kg trockener Schilddrüse 3 mg. (G. d. Hôp.)

Bücherschau.

Die Geistesstörungen im Bürgerlichen Gesetzbuch und in der Civil-Process-Ordnung (20. Mai 1899). Von Geh. Med.-Rath Dr. C. Moeli. Berlin 1899. A. Hirschwald. 47 Seiten. (Sonderabdruck aus der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin. 3. Folge. Bd. 18. 1899. Heft 1. Erweiterung seines am 18. März 1899 im psychiatrischen Verein zu Berlin gehaltenen Vortrags; cf. Nr. 5/6 dieser Wochenschrift. Auch einzeln käuflich.)

Kurz ehe wir dazu schreiten, unsere Sachverständigenthätigkeit im Sinne des demnächst in Kraft tretenden Bürgerlichen Gesetzbuches zu modificiren, erhalten wir noch einmal von competenter Seite eine zusammenfassende Darstellung der einschlägigen Veränderungen, nicht nur wie sie sind, sondern auch wie sie entstanden sind, welch' letzteres zu wissen für die Würdigung und richtige Erfassung derselben seitens der Gutachter von Nothwendigkeit ist. Es ist z. B. wichtig, zu wissen, dass im B. G.-B. die Bezeichnung „Geisteskrankheit" und „Geistesschwäche" mit der eigentlich medicinischen Bedeutung der Worte nichts zu thun hat (ähnlich war es ja auch mit den landrechtlichen Begriffen „Blödsinn" und „Wahnsinn"), dass sie vielmehr juristische Aequivalente zweier anderer, im Gesetze gebildeten Gruppen: der Minderjährigen bis zu 7 (Kinder) und der von 7 bis 21 Jahren" sind. Geistesschwache sind minderjährig, Geisteskranke sind Kinder unter 7 Jahren. Wie jene Wahl, selbst bei der Rücksicht auf die volksthümliche Auffassung dieser beiden Bezeichnungen, durch welche der Gesetzgeber deren Verständniss erleichtern wollte, nicht zutrifft, — denn auch im Volke gilt der Geistesschwache für mehr capite deminutus als der Geisteskranke (ausserdem auch für dauernd irreparabel), — auf welche Weise wir dennoch durch Fassung des Gutachtens dem Sinne des Gesetzes gerecht werden können, und viele andere Punkte werden von Moeli hier ausführlich behandelt. U. a. wird auch mitgetheilt, dass unter den „Angelegenheiten" (die Jemand nicht zu besorgen vermag) gemäss den Erläuterungen zu dem Gesetz nicht bloss die Vermögensangelegenheiten zu verstehen sind, wird der Begriff der Geschäftsunfähigkeit bei nicht entmündigten Geisteskranken, die Pflegschaft bei „geistigen Gebrechen", die Entmündigung bei Trunksucht, für deren Bekämpfung und Behandlung seitens des B. G.-B. nicht gerade viel zu erwarten ist, der für die persönliche Umgebung der Geisteskranken (in und ausser den Anstalten) wichtige § 832 (gesetzliche Verantwortlichkeit für dieselben) etc. eingehend besprochen; es kann nicht unsere Absicht sein, dies alles im Einzelnen an dieser Stelle wiederzugeben. Moeli schliesst mit folgenden Ausführungen:

„In der neuen Ordnung des Gesetzes sehen wir eine grosse Vorsicht in der rechtlichen Behandlung Geisteskranker walten. Dem ist die Anwendung des Endmündigungs-Verfahrens auch für die nur theilweise zu Beschränkenden („die Geistesschwachen") zu verdanken, so ist die „Einwilligung" des geistig Gebrechlichen als Bedingung für die Pflegschaft zu Stande gekommen.

In dem Bestreben, die rechtlichen Wirkungen der psychischen Leiden möglichst abzustufen, begrüssen wir ferner einen Zug des Gesetzes, der allgemein und besonders bei den diesen Kranken sich widmenden Aerzten Anerkennung finden muss. Dass sich für die Thätigkeit des Gutachters aus der zum Theil rein juristischen Prägung der zu handhabenden Begriffe gewisse Schwierigkeiten ergeben, ist genügend hervorgehoben. Sie sind zum Theil mehr Etikettefragen und sicher werden sie dem Bemühen zu möglichster Ausnutzung der im B. G.-B. geleisteten Arbeit dauernd kein Hinderniss bereiten." Bresler.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

— Strassburg. Privatdocent Dr. Hoche ist zum ausserordentlichen Professor ernannt.

— Dr. M. Weichelt, bisher III. Arzt an der Provinzial-Irrenanstalt zu Plagwitz i. Schles., ist als Arzt an der Irrenpflege-Anstalt St. Thomas in Andernach und Dr. Wengtschowski als II. Arzt an der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Lublinitz (O.-S.) angestellt.

— In Rom habilitirte sich Dr. G. Pardo für Psychiatrie.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 39. 23. December 1899.

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Ueber Dionin.

(Sammelreferat.)

Dionin ist das salzsaure Salz des Monoäthyläthers des Morphins und hat die Formel:

$$\begin{matrix} C_2H_5O \\ HO \end{matrix}\!\!>C_{17}H_{17}NOHCl + H_2O;$$

es stellt ein weisses, geruchloses, bitter schmeckendes, mikrokrystallinisches Pulver dar, welches bei 123 bis 125° C. schmilzt, bei 125° sich zersetzt. Es ist unter neutraler Reaction in Wasser leicht löslich (14 : 100), weshalb es sich besonders zu Injectionen eignet. Löslichkeit in Alkohol 73 : 100, in Syrup 1 : 20; in Aether und Chloroform ist es unlöslich. Die Anregung zur Herstellung des Mittels ging von v. Mering in Halle aus. Es war wohl dabei die Erfahrung maassgebend, dass die Aethylverbindungen gegenüber den entsprechenden Methylverbindungen den Vorzug einer stärkeren und doch angenehmeren Wirkung haben (Sulfonal-Trional, Phenacetin-Methylacetin etc.).

Nach Korte,*) der seine Beobachtungen über Dioninwirkung im Danziger Stadtlazareth gesammelt hat, stellt Dionin ein vortreffliches, zuverlässiges Mittel zur Bekämpfung des Reizhustens bei beginnender Lungenphthise dar; er empfiehlt es an Stelle von Codeïn und Morphium in allen nicht zu weit fortgeschrittenen Fällen von Lungenphthise, namentlich aber auch bei der chronischen Bronchitis, dem Lungenemphysem und dem Bronchialasthma. Es unterscheide sich vom Morphium durch seine mildere narcotische Wirkung, durch seinen fast niemals merklichen Einfluss auf den Verdauungstractus und das Fehlen nennenswerther Nebenerscheinungen; dem Codeïn gegenüber scheine es im Allgemeinen stärker und nachhaltiger zu wirken; es verschaffe besseren und ruhigeren Schlaf und erleichtere in hohem Maasse die Expectoration. Korte glaubt, dass Dionin als allgemeines schmerzstillendes Mittel nicht so zuverlässig sei wie Morphium, dafür aber weit weniger zum Bedürfniss werde als dieses und ohne Bedenken ausgesetzt werden könne, weshalb es bei chronischen, schmerzhaften Krankheiten zu empfehlen sei und manchen Patienten vor dem Morphinismus bewahren dürfte. Er gab täglich mehrmals 0,015 oder abends 0,03 g (in Solution, Syrup oder Pillen).

Während über den hohen Werth des Dionins bei Krankheiten des Athmungsapparates die Beobachter mit den vorgenannten Autoren übereinstimmen, glaubt

*) J. Korte, Klinische Versuche über die Wirkung und Anwendung des Dionin. Therapeut. Monatshefte 1899, Januar.



Bloch*) die exquisit schmerzlindernde Wirkung desselben (bei schmerzhaften Leiden überhaupt) höher als dies von anderer Seite der Fall gewesen ist, anschlagen zu müssen; auch er betont den Vorzug des Fehlens unangenehmer Nebenwirkungen bei Dionin gegenüber den anderen Morphiumpräparaten; selbst bei Dosen von 0,05 g Dionin pro dosi — sowohl subcutan, wie per os oder per rectum verabfolgt — hat er nie solche beobachtet, noch darauf bezügliche Klagen vernommen, während man bei Morphiumdosen von 0,01 g schon manchmal ganz üble Nebenerscheinungen sieht. Auch die obstipirende Eigenschaft geht ihm ab. Die narcotische Wirkung sei geringer als die des Morphiums und Codeïns. Bei weiblichen Genitalerkrankungen wandte er es stets mit Erfolg an (Dionin 0,4, Aq. laurocerasi 20,0, mehrmals täglich 15—20 Tropfen).

Eine besondere Bedeutung scheint das Dionin bei Morphiumentziehungscuren gewinnen zu sollen, nachdem sich Cocaïn, Opium, Brom etc. nicht bewährt haben und da es auch gegenüber dem in letzter Zeit zu diesem Zwecke verwendeten Codeïn Vorzüge zu haben scheint. Fromme**) hat es mehrfach nach dieser Richtung angewendet; er substituirt, wenn er bei der Morphiumentziehung auf 0,04 — 0,02 angelangt ist und die Patienten sich hierbei noch leidlich wohlbefinden, diese ganze Dosis durch Dionin; er bemerkt, dass, gerade wie das Codeïn, das Dionin keine Euphorie oder einen dieser ähnlichen Zustand bewirkt, sondern nur ein Abklingen der Abstinenzsymptome bedingt. Eine accumulative Wirkung, wie beim Morphium und Opium, finde beim Dionin wegen seiner baldigen Ausscheidung nicht statt. Er gab (in 3%iger Lösung) bis zu 0,05 — 0,08 g subcutan pro dosi, so dass er tagsüber, um etwa 0,02 — 0,04 g Morphium zu ersetzen, bis zu 1 g Dionin verabfolgte; meist kam er mit 0,4 — 0,6 pro die aus; er räth in der ersten Zeit nach der totalen Morphiumentziehung nicht zu geringe Dosen zu geben. Fromme beobachtete, dass $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde nach der Injection von Dionin ganz regelmässig und prompt ein ziemlich heftiges, aber keineswegs lästiges Hautjucken namentlich an den Beinen eintritt, das nach kurzer Zeit wieder schwindet, nachher fühle sich der Patient unter gleichzeitiger Pulsbeschleunigung angeregt und frisch, „ein Zeichen, dass das durch die Morphiumentziehung geschwächte Herz vom Dionin angeregt wird.“ Dionin in Dosen von mehr als 0,03 g pro dosi erzeugt oder fördert nach Fromme auch den Schlaf während der Morphiumentziehungscur, was für den Verlauf derselben von grosser Wirkung ist.

Heinrich,*) der es ebenfalls bei Morphiumentziehungscuren angewandt, lobt wie auch andere Autoren zunächst seine vortheilhaften physikalischen Eigenschaften: seine Lösungen sind absolut neutral und verursachen deshalb bei der Injection keine Schmerzen (im Gegensatz zu der sauer reagirenden Codeïnlösung); ausserdem soll sich die wässerige Dioninlösung länger klar und unzersetzt halten als Morphium- und Codeïnlösungen. Er verheisst auf Grund seiner Erfolge dem Dionin eine glückliche Zukunft. Bei Morphiumentziehungscuren räth er im Allgemeinen ein Drittel mehr als die in Betracht kommende Dosis Morphium zu verordnen. Er hebt bei dem Dionin den Mangel der betäubenden, berauschenden, euphorisirenden Wirkung hervor gegenüber dem Morphium; das nach der Dionininjection eintretende Hautjucken an den Beinen, bei empfindlichen Personen zu Quaddelnbildung führend, hat er auch beobachtet; doch seien diese Erscheinungen dem Morphin und seinen Derivaten überhaupt eigen.

P. Heim**) hat das Dionin im Kaiser Franz Joseph-Ambulatorium in Wien angewandt; er hebt hervor, dass bei sämmtlichen von ihm mit Dionin behandelten Kranken anscheinend nur einmal eine Angewöhnung an das Mittel erfolgte, so zwar, dass der Patient dasselbe nicht entbehren wollte, ohne aber in der Dosis zu steigen. Heim betont die schmerzstillende, oft mit Euphorie verbundene, ferner auch die hustenreizmildernde und die schlafmachende Wirkung. Die Erzeugung des Schlafes gelang in mehreren schwierigen Fällen von Neuralgien, wo Trional, Sulfonal und Chloral versagt hatten. Es ist nach Heim in Bezug auf schmerzlindernde Eigenschaften viel wirksamer als Codeïn, doch lange nicht so zuverlässig wie Morphium. Er warnt bei Stauungskatarrhen der Lunge vor grossen Dosen und schliesst: „Das Dionin ist ein recht brauchbares Präparat, welches in Bezug auf seine Wirkung etwa in der Mitte zwischen Codeïn und Morphium steht und eine ausgedehntere Anwendung als Anodynum, Hypnoticum und Seda-

*) R. Bloch, Dionin als schmerzstillendes Mittel. Therapeut. Monatshefte 1899, August.

**) A. Fromme, Dionin und seine Anwendung bei der Abstinenzcur des chronischen Morphinismus. Berliner klin. Wochenschr. 1899, Nr. 14.

*) J. Heinrich, Das Dionin als Ersatzmittel des Morphins bei Entziehungscuren. Wiener med. Blätter 1899, Nr. 11.

**) P. Heim, Klinische Versuche über die Wirkung des Dionin. Klinisch-Therapeutische Wochenschrift 1899, Nr. 46.



tivum verdient. Eine Angewöhnung scheint nach den bisherigen Erfahrungen nur ausnahmsweise vorzukommen. Unangenehme Nebenwirkungen werden vor Allem bei Erkrankungen des Herzmuskels constatirt, während sie sonst meist fehlen. Die Wirkung scheint gleich prompt bei rectaler Darreichung und bei Application per os. Die Zahl der Fälle, in denen wir das Präparat gegeben haben, ist allerdings keine übermässig grosse, jedenfalls aber fordern die Ergebnisse zur weiteren Prüfung auf."

Higier*) hat das Dionin hauptsächlich bei Erkrankungen des Respirationsapparates versucht, namentlich gegen die Beschwerden bei Lungenschwindsucht und hierbei seine ausgezeichnete Wirkung festgestellt.

Hoff**) theilt erst zwei schlimme Erfahrungen mit, die mit Injectionen von 0,01 Morphin, welche wohl Niemand für lebensbedrohend halten würde, gemacht wurden, und berichtet alsdann über die Erfolge mit Dionin. Er hatte constatirt, dass bei einem Versuchsthier auf 0,01 Dionin (intravenös) die Ex- und Inspirationsdauer verlängert wurde, in Folge dessen die Oxydation des Blutes eine vollständigere, der Effect der Athmung ein grösserer ist. Bei Influenza mit Luftröhrenentzündung und Hustenreiz verordnete er es folgendermaassen: Natr. bicarb. 5,0, Dionin 0,2—0,3 f. pulv. Nr. X. S. 3 × täglich ein Pulver, oder bei hohem Fieber: Chin. mur., Natr. bicarb. āā 2,0, Dionin 0,2—0,3 f. pulv. Nr. X, 3 × täglich ein Pulver. Ferner verordnete er es bei acuter und chronischer Bronchitis, bei letzterer: Natr. bicarb. 10,0, Sal. ammon. depurat. 0,3—0,5, Dionin 0,2—0,35. f. pulv. Nr. X. S. drei Pulver täglich. Desgleichen empfiehlt er es bei Lungenphthise. Ausserdem rühmt er die in hohem Grade schmerzstillende Wirkung des Dionins und hat auch bei Morphiumentziehungscuren und bei Schlaflosigkeit auf nervöser Basis Erfolge damit gehabt (bei letzterer wurde unter dem Einfluss des Mittels ein Sinken des krankhafter Weise auf 180 mm — nach dem v. Basch'schen Sphygmomanometer — gestiegenen Blutdrucks auf 120 bis 140 mm beobachtet). Die Patienten schliefen 4 bis 6 Stunden.

*) H. Higier, Zur therapeutischen Wirkung des Dionins. Deutsch-med. Wochenschrift 1899, Nr. 44.

**) A. Hoff, Die therapeutische Nutzanwendung des Dionins. Aerztlicher Centralanzeiger 1899, Nr. 31.

Ueber die Wirkung des Dionins bei Psychosen hat Ransohoff*) in dieser Wochenschrift berichtet; die von ihm erzielten Erfolge (bei melancholischer Verstimmung) lauten günstiger als die früher auf diesem Gebiete von Sturmhöfel**) und Freimuth***) gemachten Erfahrungen.

Schröder†) schreibt am Schlusse seiner in der Heilanstalt für Lungenkranke zu Hohenhonnef a. Rh. gemachten Beobachtungen: Das Dionin beseitigte oder linderte den Reizhusten und verschaffte besseren, oft anhaltenden Schlaf, die Kranken fühlten sich behaglicher und ruhiger. In manchen Fällen war die Wirkung des Dionin entschieden günstiger und ausgeprägter, als die gleicher Dosen Codein; es leistete vielfach dasselbe, was wir von den entsprechenden Dosen Morphin zu sehen gewohnt sind, ohne im Allgemeinen dessen unangenehme Nebenwirkungen zu theilen. Erschwerte Expectoration, Uebelkeit und Neigung zu Obstipation wurden nur ganz vereinzelt beobachtet, einmal trat vermehrte Schweisssecretion auf.

Schliesslich sei noch erwähnt, dass nach Winternitz's††) eingehenden physiologischen Untersuchungen über den Einfluss der Morphiumderivate auf die Athmung des Menschen der Vorzug des Dionins und Codeins darin besteht, dass sie die Reizbarkeit der Luftwege herabsetzen, ohne die Athemthätigkeit zu beschränken, was bei Kindern und geschwächten Kranken von grosser Wichtigkeit ist.

Der Vollständigkeit halber gedenken wir auch noch der augenärztlichen Verwendung des Dionins, zu welcher Wolffberg zuerst gelangt ist. Die durch Dionin am Auge erzeugte Lymphstauung (der Jequirity-Wirkung nicht unähnlich) soll Hornhautentzündungen, soweit sie nicht von Bindehautleiden abhängig sind, günstig beeinflussen, sowie bei der Wundbehandlung nach allen Bulbusoperationen zu empfehlen sein. Bresler.

*) Ransohoff, Mittheilung über einige Versuche mit Dionin bei Psychosen. Psych. Wochenschr. 1899, Nr. 20.

**) Sturmhöfel, Kurze Mittheilung über die Anwendung von Dionin bei Psychosen. Ebenda Nr. 16.

***) Freimuth. Ebenda Nr. 16.

†) G. Schröder, Ueber die Wirkung des Dionin. Therapie der Gegenwart, März 1899.

††) H. Winternitz, Ueber die Wirkung einiger Morphinderivate auf die Athmung des Menschen. Therapeut. Monatshefte 1899, September. — Ueber das chemische und physikalische Verhalten des Dionins findet sich Näheres in der Pharmaceutischen Centralhalle 1899, Nr. 1: Dionin, ein neues Morphinderivat von L. Hesse.



Baulich-psychotherapeutische Grundprincipien bei Errichtung einer modernen Irrenanstalt.

Von Dr. *Gustáv Oláh*, Director der k. ung. Staats-Irrenanstalt in Budapest-Angyalföld.

(Schluss.)

Betreffs der übrigen Theile der Irrenanstalt wäre mein Plan folgender:

Für 1000 Geisteskranke wäre beiläufig ein Complex von 100 Catastraljoch nothwendig und zwar womöglich ein wellenförmiges, stellenweise bewaldetes und mit alten Bäumen bepflanztes Terrain. Die Anstalt wäre von der neben ihr verlaufenden Hauptcommunicationsstrasse durch einen leichten, zierlichen Gitterzaun abzugrenzen.

Beiläufig 50 m vom Zaun entfernt stehen unter dicht belaubten Bäumen 6 kleine Pavillons mit von einander verschiedenem, zierlichem, doch nicht luxuriösem Charakter für jene ruhigsten Kranken aus der besseren Gesellschaftsklasse, für die der Verkehr mit den übrigen Kranken nachtheilig wäre und die nur persönliche Aufsicht beanspruchen. Ich halte es nicht für die Aufgabe der staatlichen Irrenfürsorge, vermögende Kranke in Staatsanstalten unterzubringen, doch sind diese dem Auge gefälligeren Pavillons nothwendig für jene minder bemittelten, aber an einen gewissen Wohlstand gewöhnten Gemüthskranken, welche mehr orientirt sind, als dass man sie, ohne den Heilerfolg aufs Spiel zu setzen, unter die anderen Kranken stecken könnte.

In einer Irrenanstalt ist es nicht möglich, das Eisenbahnsystem einzuführen und zu bestimmen, dass nur derjenige bequem fahren kann, der das Geld dazu hat. Durch Unfall Verletzte werden auch auf der Eisenbahn in ausgepolsterten Rettungswagen transportirt, warum also den psychisch Verletzten das verweigern, was zu ihrer Heilung nothwendig ist?

Durch die Placirung dieser Kranken an der Peripherie erhält nicht nur die Anstalt ein freundlicheres Aeussere, sondern der Kranke fühlt sich in Contact mit der Aussenwelt. Es ist überhaupt als Grundprincip zu betrachten, dass die Anstalt centralwärts mit unmerklichen Uebergängen immer mehr den geschlossenen Charakter erhalte, während sie an der Peripherie in nichts den Charakter eines Zwangsaufenthaltes zeigen und die Insassen fühlen lassen darf. Nachdem in den inneren Zonen die Gebäude selbst die geschlossene Grenze bilden, hätten Mauern nur vereinzelt zu stehen. Hinter den erwähnten Pavillons befinden sich in einer Breite von beiläufig 60 m Tennis- und andere Spielplätze und Promenadenwege. Auf dieses Gebiet, nicht auf die Strasse blicken die Terrassen der freien Pavillons, damit die Kranken nicht den neugierigen Blicken der Strasse ausgesetzt sind. Gegen die Strasse sehen nur die Schlafzimmer. Zwischen den benachbarten Villen verwehrt hohes Gesträuch den Einblick auf die sonst freien Spielplätze.

Hinter den Spielplätzen folgen sechs grössere Gebäudecomplexe in einfacherer Ausführung für jene relativ gefährlichen und nur sporadisch unruhigen Kranken, welche das Gros der Anstaltsbewohner bilden. Drei für Frauen, drei für Männer. Im Stockwerke befinden sich miteinander communicirende Schlafräume mit centralwärts gelegenen Fenstern, während die Thüren in einen schmäleren Aufsichtscorridor münden, welchen die Kranken nicht betreten. Die wohnhausartigen Fenster dieser Corridore sind gegen die Strasse gerichtet. Auf die Details will ich nicht eingehen und nur auf die von mir für praktisch gehaltenen Neuerungen hinweisen. Zwischen je zwei Schlafzimmern befindet sich ein kleinerer Raum zum Auskleiden mit Waschapparat und Closet. Das Closet ist auch vom Schlafzimmer aus zu benutzen. Die Fenster sind in unerreichbarer Höhe, denn nachts schauen die Kranken sowieso nicht ins Freie. Die Beleuchtung wird überall durch Glühlichter von 5 Kerzenstärke besorgt, doch kann die Intensität dieser Lichter durch den Corridorwächter für Momente erhöht werden. Mit je 16 Kranken schläft ein Pfleger, dem, im Falle ein Kranker unruhig werden oder lärmen sollte, der inspectionirende Corridorwächter beisteht und mit dessen Hilfe der Kranke in eins der am Ende des Corridors sich befindenden drei Isolirzimmer überführt wird. Nachdem in den Isolirzimmern sich tagsüber Niemand aufhält, sind dieselben fensterlos, jedoch mit Oberlicht, entsprechender Ventilation, Closet und schalldämpfenden, gepolsterten Thüren versehen. In der Thüre befindet sich ein unzerbrechliches Fenster in der Grösse von $^1/_4$ qm, aus 4 cm dickem, in einem Kautschukrahmen ruhenden Glase. Diese Einrichtungen ermöglichen, dass die Kleider der Kranken in den Nebenräumen durchsucht werden



können, dass einzelne lärmende Kranke nicht die Nachtruhe der übrigen stören, dass die Kranken nicht nachts auf den Abort verlangen müssen, sämmtliche sich morgens gründlich waschen können und die Aufsicht eine sichere und übersichtliche wird. Auf den Corridoren herrscht nachts nur Halbdunkel, so, dass die Schlafzimmer, durch das in der Thüre sich befindende Fenster besehen, genügend hell erscheinen und nicht, wie es gewöhnlich der Fall ist, umgekehrt. Im Nothfalle erstattet der Corridorwächter dem inspectionirenden Arzte telephonisch Meldung, welcher, wenn seine Anwesenheit nicht unbedingt erforderlich ist, von seinem Bette aus telephonisch seine Anordnungen treffen kann.

Der Ort für den Aufenthalt bei Tag ist das Parterre des Gebäudes, welches aus einer Reihe von Sälen besteht. Die in gewöhnlicher Höhe angebrachten unvergitterten Fenster und die Thüren dieser Säle führen unmittelbar in den geschlossenen Garten beziehungsweise auf eine überdachte Wandelbahn, wo sich die Kranken im Sommer wie im Winter aufhalten und sich mit entsprechender Handarbeit beschäftigen können. Behufs genügender Beleuchtung befinden sich auch auf der entgegengesetzten Seite auf den gut beleuchteten Wachcorridor mündende, hoch angebrachte Fenster. Die schweren Bänke sind überall durch leichte Lehnstühle aus Weidengeflecht zu ersetzen, deren Erzeugung zugleich entsprechende Handarbeit der Kranken bildet.

Das Gebäude von diesem Typus erscheint also nach aussen als ein freistehendes, einstöckiges Haus mit unvergitterten Fenstern. Damit jedoch auch die Kranken dieses Pavillons ins Freie sehen können, befindet sich im Stockwerke ein gegen den Garten zu mit maskirten Gitterfenstern versehenes Wohnzimmer für die geeigneten und sich dorthin verlangenden Kranken. In diesen Gebäuden befinden sich auch die Wohnungen zweier Secundärärzte, die aus den Fenstern eines ihrer Zimmer in die Krankengärten sehen können.

Eine andere Lösung erfordert baulich die Unterbringung der unruhigen und schmutzigen Kranken.

Als Anhänger der Bettbehandlung ist es meine Ansicht, dass sämmtliche erregte Kranke während der Dauer ihrer Erregung im Bette zu behalten sind; nach Ablauf der Irritation jedoch sind die Kranken sofort in einen anderen Pavillon zu transferiren. Die zeitweise unruhigen, sowie auch die nur lärmenden, doch keine motorische Unruhe zeigenden Geisteskranken ständig im Bette zu halten, kann physiologisch nicht begründet werden, und dieses nur vom Standpunkte der Bequemlichkeit zu thun, wäre nicht zu entschuldigen. Das aus einem Hochparterre bestehende Gebäude der unruhigen Kranken bildet einen viereckigen Rahmen um einen in kleinere Gärten zu theilenden Park. Sämmtliche Fenster der lärmenden Kranken schauen auf diese geschlossene Gärten; die Fenster sind von innen unerreichbar. Auswärts verläuft ringsumher der Wachcorridor. Nur so wäre es zu vermeiden, dass durch das Lärmen der Kranken die Leute auf dem Hofe oder den Strassen zusammenströmen. Wenn man ein solches Wehklagen hört, ohne den Kranken zu sehen, malt man sich unwillkürlich die Situation falsch aus, denkt, dass dem Kranken etwas geschieht und ihm Niemand beisteht, dass er durstet oder dass er ungeschickt an- und ausgekleidet wird etc. Von dem Vernehmen dieses Geschreies wäre die Anstalt schon im Interesse der Ruhe der übrigen Kranken und ihrer zu Besuch kommenden Angehörigen zu verschonen, was doch in baulich-technischer Hinsicht eine leicht zu lösende Aufgabe ist. Mit seiner freien Seite sieht der Pavillon der Unruhigen gegen den unbevölkertsten Theil der Anstalt, womöglich auf ein abgeschlossenes, grösseres Terrain, wo sich eventuell Holzschuppen, Maschinenhaus, Kalkgruben und Eiskeller oder andere solche Räumlichkeiten befinden, in denen nur einige Dienstboten beschäftigt sind.

Es giebt Anstalten, in denen die Zellen vernagelt oder zu Krankensälen umgewandelt wurden, andere wieder, in denen die Zahl der Zellen derart erhöht wurde, dass sie der Hälfte des Krankenstandes entspricht. Diese Frage besitzt bereits eine ganze Literatur, aus welcher ich meinerseits den Schluss zog, dass man sich zwar auch ohne Zelle behelfen kann, dass aber gut construirte Isolirzimmer für den Kranken und für die Anstalt einen wahren Segen bilden. Nachdem auch in den Pavillons der ruhigen Kranken je drei Zellen vorhanden sind, ist die Unterbringung der erregten Kranken nach meinem Plane eine Combination des centralisirten und decentralisirten Systems.

Auf die in Fachzeitschriften viel erörterten Fragen betreffs der Vor- oder Nachtheile der Anwendung des Linoleums, Xylol- oder Asphaltparquetts, Fenstergitter oder unzerbrechbaren Glases, Oel- oder Kalkfarben in Zellen kann ich nur erwidern, dass die Zellen nicht nach einer Schablone angefertigt werden sollen. Wenn irgendwo, so muss das Individualisiren hier zur Geltung kommen. Rein vociferirende Kranke



können in vollständig möblirten Zimmern mit Parquett und gemalten Wänden untergebracht werden; für Schmierer sind die Wände bis zum Plafond mit Asbest (Novak's Patent) auszulegen (nota bene die meisten schmierenden Kranken, selbst die hartnäckigsten können durch rationelle Bettbehandlung vom Schmieren abgehalten werden. Deshalb ist die Majolica-Bekleidung nur in ganz exceptionellen Fällen nothwendig und es genügt eine solche Zelle). Die meisten unreinen Kranken sind deshalb unrein, weil sie zu bequem sind, hinaus zu verlangen. In den Zellen dieser Kranken sind Waterclosets mit massiver, vom normalen Closet abweichender Construction unterzubringen und zwar so, dass die Kranken nicht zum Wasser gelangen, die Füsse nicht hineinstecken können etc. Nachtgeschirr, Leibstühle sind gänzlich abzuschaffen. Für Geisteskranke mit hartnäckigem Selbstmordwahn wären einige gegen die Thür zu sich verengende Zellen zu bauen, derart, dass aus dem Fenster der Thüre jeder Winkel der Zelle zu überblicken ist. Hierzu genommen die Deckenbeleuchtung (nachts Glühlicht), die glatten Wände und den Umstand, dass der Kranke unmöglich wissen kann, ob er vom dunklen Corridor aus von Jemand beobachtet wird, — ist eine Ausführung des beabsichtigten Selbstmordes kaum denkbar. Dem Kranken einen Wärter beizustellen, der ihn fortwährend mit den Augen verfolgt und bei jeder verdächtigen Bewegung seine Hände niederdrückt, wirkt belästigend und irritirend. Die Beobachtung muss eine intensive, doch möglichst unbemerkte sein, was durch die erwähnten technischen Hilfsmittel zu erreichen ist. Die meisten Unannehmlichkeiten verursachen mir die Reisser und Zerstörer. Mit Rücksicht auf die übrigen Kranken bin ich ausnahmsweise genöthigt, diese Kranken wegen ihrer lärmenden Unruhe vom Bett in das Isolirzimmer zu transferiren, wo sie alsbald den Mörtel abkratzen, das Schlüsselloch verstopfen, den Rahmen der Ventilation zu sprengen versuchen u. s. w. Zwar ist diese motorische und Schaden verursachende Unruhe beinahe ausnahmslos ein Artefact, jedoch durch solche äussere Umstände hervorgerufen, welche der Arzt nicht immer im Stande ist zu verhindern. Deshalb ist es als ultima ratio gut, einige massive Zellen mit dicker Asbestverkleidung und hoch angebrachten Heizungsöffnungen zu bauen. Auch hier wäre Deckenbeleuchtung am Platze. Es ziemt sich dem Psychiater zwar nicht, auf Disciplinarmomente hinzuweisen, und ich möchte diesbezüglich nicht missverstanden werden, doch meine Erfahrungen bezeugen, dass Schaden verursachende Imbecille, welche ihre Entlassung dadurch zu erzwingen trachten, dass sie zur Verzweiflung treibende Complicationen und einen unhaltbaren Zustand hervorrufen, alsbald mit dem Zerstören aufhören, wenn sie sehen, dass dem Arzte eine solche technisch-bauliche Institution zur Verfügung steht, an der jedes Schaden verursachende Bestreben Schiffbruch erleidet, um Erlaubniss bitten, die Zelle verlassen zu dürfen, und weiter keine Unannehmlichkeiten verursachen.

Was die auf dem Felde arbeitenden Kranken anbelangt, so sind dieselben im Allgemeinen in zwei Kategorien zu theilen: a) Unzuverlässige und b) Zuverlässigere. Den ersteren entspricht zum Aufenthalte für die Nacht oder während der Arbeitspause der Typus des Pavillons für ruhigere Kranke vollkommen. Die letzteren würden in auf den zu bearbeitenden Feldern nicht allzu sehr von einander zerstreut liegenden grösseren Häusern wohnen, welche nach dem Typus der Gehöfte gebaut sind. Diese Häusergruppe besitzt eine eigene Küche von volksthümlichem Charakter. Die Colonial-Feldarbeiter haben Anspruch auf den Ertrag ihrer Arbeit und können ihren Verdienst monatlich ihrer Familie senden oder für den Fall ihrer Entlassung bei Seite legen. Das Geheimniss des Geistes der Zufriedenheit, welcher eine solche Anstalt durchweht, ist, dass jeder Einwohner derselben durch baulich-technische und Aufsichts-Institutionen nur in solchem Maasse vor der Aussenwelt abgegrenzt und in seiner Freiheit beschränkt ist, als dies sein Zustand erfordert.

Ein weiterer Vorschlag ist folgender:

Wie viele Kranke giebt es in vielen Anstalten, die Monate lang ganz ruhig sind und bei Allem in der Welt betheuern, dass sie sich fernerhin in Acht nehmen werden: Alkohol-Intolerante, Unannehmlichkeiten bereitende Imbecille u. s. w, deren Entlassung der Arzt bedingungsweise wagen würde, wenn er wenigstens während der Probezeit mit ihnen in Contact bleiben und beobachten könnte, wie sie sich gegenüber den ersten Einwirkungen des Lebens benehmen! Deshalb halte ich es für nothwendig, dass solche Kranke ausserhalb der Anstalt entsprechenden Familien zur Kost und Quartier übergeben werden (für circa fünfzehn bis sechzehn Gulden monatliche Bezahlung), wo die Kranken ihre volle Freiheit geniessen und von der Anstalt auch ein kleines Taschengeld beziehen (ihre Verpflegung ist auch dann noch verhältnissmässig billiger), doch wird jeder ihrer



Schritte in Evidenz gehalten und bleiben sie auch ferner unter ärztlicher Aufsicht.

Wer könnte diesem Zwecke besser entsprechen, als die Familie der Pfleger? Schon aus dem Grunde und weil nur auf dieser Basis an Stelle der Wärter (!) ad hoc wirkliche Berufspfleger treten würden, müssten Wohnhäuser für die Pfleger gebaut werden, wo dieselben in ihren freien Stunden bei ihren Familien Erholung finden könnten. Bei dieser Volksklasse ist die Zuverlässigkeit mit dem Begriffe der Gründung einer Familie äquivalent. Man brauchte nur auf die grosse Zuverlässigkeit der Bahnwärter hinzuweisen. So sehr wir auch die Bezahlung der Wärter erhöhen, das Material wird dadurch kein besseres, höchstens dass statt vagirender Kutscher verkommene Proletarier sich zum Pflegerdienste melden. Das punctum saliens der Wärterfrage ist die Möglichkeit, eine Familie gründen zu können. Diese Frage hat übrigens der Herr Justizminister in der „Landes-Irren-Beobachtungs- und Heilanstalt der Detenirten und Verurtheilten" ohne jede längere Verhandlung auf das Brillanteste gelöst. Damit die Irrenanstalt den diffamirenden Charakter, der ihr seit alter Zeit anhaftet, endgültig abstreife, würde ich es von Vortheil halten, wenn der Kreis der behandelten Fälle etwas über die Grenze der strikt genommenen Geisteskrankheiten erweitert würde und wenigstens einige Uebergangsformen zwischen Geisteskrankheiten und Krankheiten des Gesammtnervensystems ebenfalls in der Anstalt behandelt würden, wenn z. B. sich freiwillig meldende Alkoholiker, Morphinisten, Neurastheniker, Hysterische u. s. w. bei Bezahlung aufgenommen werden könnten. Diese würden natürlich in Folge der geplanten baulichen Anordnung der Anstalt mit den Geisteskranken in strengerem Sinne nicht in Berührung kommen, doch der erschreckende Abgrund, der die Angehörigen der Geisteskranken von der Irrenanstalt trennt, wäre mit einem Male überbrückt, und das Verdienst würde Ungarn zufallen, die Initiative mit einer solchen Neuerung ergriffen zu haben, welche in einem aufgeklärteren Jahrhunderte sicherlich auch eintreffen muss.

Es ist dies eine Sache von besonderer Tragweite! Wie oft hören wir, dass eine Frau von der ganzen Familie ihres Mannes verflucht wird, weil sie dem Zureden der Aerzte nachgebend, ihren paralytischen Mann in eine Irrenanstalt brachte. Die Verwandten des Kranken stehen nicht an, selbst vor dem Anstaltsarzte ihrer Entrüstung über das herzlose Verfahren der Gattin Ausdruck zu verleihen. Wie viele Selbstmorde werden jährlich vollbracht nur aus dem Grunde, weil die Angehörigen es für ihre verwandschaftliche Pflicht halten, den Kranken mit melancholischer Depression so lange als möglich zu Hause zu behalten, denn: „was würde die Welt dazu sagen, wenn er in die Anstalt gebracht würde."

Alldies würde — zum Segen der Gesellschaft — mit einem Schlage verschwinden, wenn in den Irrenanstalten auch leichtere Fälle von Gehirnerkrankungen zur Behandlung kämen. Wenn sich jährlich auch nur ein Kranker freiwillig zur Aufnahme in eine Irrenanstalt melden würde, würden sämmtliche, jetzt sozusagen gebrandmarkte Familien aufathmen, denn sie könnten sich darauf berufen, dass dies eine wirkliche Heilanstalt ist, wohin Nervenkranke freiwillig gehen, und dass ihr Angehöriger sicherlich auch nur nervenkrank ist. Selbst der Standpunkt des Arztes den Kranken gegenüber würde in vielen Fällen eine vortheilhafte Aenderung erfahren.

Die Frage des Rechtsschutzes der Irren, das noch immer spukende Phantom der unrechtmässigen Detenirung wäre durch entsprechende Anordnungen leicht zu lösen.

Die tiefe Kluft, welche die Geisteskranken von anderen Kranken trennt, muss um jeden Preis überbrückt werden, sonst wird die Unterbringung in eine Irrenanstalt stets nur ein letzter verzweifelter und leider grösstentheils verspäteter Versuch bleiben.

Nur mit einigen kurzen Worten will ich die beim Bau von Irrenanstalten in Betracht kommenden ärztlichen Grundprincipien ergänzen.

Ich habe erwähnt, dass ich als Grundbedingung eine derartige Anordnung sämmtlicher Gebäude halte, dass heterogene Elemente miteinander nicht in Contact gerathen können. Es giebt nichts Abstossenderes, als wenn der Arzt dem Besucher die in Reih und Glied aufgestellten Kranken zeigt, hinzuflüsternd, dies ist ein junger Theologe, das ein Alkoholiker und Raubmörder, dies eine melancholische Gouvernante und jene eine verrückte Giftmischerin u. s. w.

Die Art der Einrichtung der Nebengebäude, die nicht strikte Heilzwecken dienen, liegt ausserhalb des Rahmens meiner Vorlesung. Es sind dies Detailfragen, deren Lösung vom gegebenen Terrain und den Verhältnissen abhängig ist. Ich will nur noch so viel erwähnen, dass auch bei Anordnung dieser Gebäude stets der Umstand vor Augen gehalten werden soll, dass die Anstalt keinen geschlossenen Character habe und dass jeder Kranke die Anstalt nur von jener Seite zu Gesicht bekomme, die seinem

Zustand entspricht, dass gleich die ersten Eindrücke auf ihn eine gute Wirkung üben sollen, dass er mit seiner Besserung mit der Anstalt in immer loseren Zusammenhang gelange, dass er schon als freier Mann noch immer die heilende, helfende Wirkung der Anstalt empfinde und dass so der in den einleitenden Zeilen meiner Vorlesung erwähnte Zweck erreicht werde, dass nämlich die Anstalt nicht nur der Ort, sondern in ihrer baulichen Anlage auch das Mittel zur Heilung der Geisteskranken sei.



Mittheilungen.

— Das sächsische Landesmedicinalcollegium hat einstimmig folgenden Antrag angenommen: „Das Ministerium des Innern wolle beim Bundesrathe dahin wirken, dass die **Behandlung Kranker aus der Ferne** durch in öffentlichen Blättern, Büchern u. dgl. gegebene Heilvorschriften unter Strafe gestellt, und dass die Ankündigung und Anpreisung solcher Fernbehandlung überhaupt — auch der brieflichen — bei Strafe verboten werde."

— Weil sehr lehrreich, mögen die folgenden Zeilen aus dem **Jahresbericht der Local-Irrenanstalt St. Getreu zu Bamberg pro 1898** hier besonders abgedruckt sein: „Leider müssen wir aber eines schweren Unglücksfalles Erwähnung thun, der in diesem Jahre die Anstalt betroffen. Am 29. März gelang es der Patientin Sterzer, die wegen hochgradiger Tobsucht in einer Zelle isolirt war, während der Nacht das ihr wegen ihrer colossalen Zerstörungssucht als Lagerstätte gegebene Stroh in Brand zu stecken. Sie selbst erstickte dabei, da von Seiten des Pflegepersonals, welches nicht in unmittelbarer Nähe schlief, die Hilfe zu spät kam. Auf welche Weise das Feuer in der Zelle entstanden war, ist nicht zu eruiren (da die Möglichkeit, dass die Kranke das Stroh an der über der Zellenthür befindlichen Gasflamme angezündet hatte, von einer Seite behauptet wurde, wurden sofort sämmtliche Zellenbeleuchtungen innen mit Drahtglasversicherung versehen) und es ist hier nicht der Ort, diese Frage zu ventiliren. Dieser Unglücksfall hatte eine gerichtliche Untersuchung zur Folge, die sich in letzter Linie gegen den damaligen Assistenzarzt, Herrn Dr. Seeber, richtete. Sie musste aber niedergeschlagen werden, da es nicht gelang, einen Schuldigen zu eruieren, der für den Unglücksfall haftbar war. Haftet die Schuld einer That nicht an einer Person, so ist die nächste Erklärung, dass sie an dem herrschenden Systeme*) des Anstaltslebens haftet. Dieser Anschauung schien sich ein königliches Staatsministerium anzuschliessen, indem es nach reiflicher Prüfung unsere Einrichtungen und Organisationen mehrfach bemängelte. Diese abfällige Kritik, welche übrigens mit dem äusserst anerkennenden Revisionsbescheid der kgl. Regierung von Oberfranken vom Jahre 1897 schwer vereinbar erscheint, hatte zur Folge, dass verschiedene schon geplante Verbesserungen unserer Anstalt (besonders der Neubau) in ein rasches Tempo gelangen mussten." — Also zuerst der „äusserst anerkennende Revisionsbescheid" der Regierung — darauf der Assistenzarzt verantwortlich für die Zelleneinrichtung — schliesslich die Bemängelung des Ministeriums.

*) Und wer haftet für das System, das doch etwas Unpersönliches ist?

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

— Unserm verehrten Mitherausgeber, Herrn Director Dr. Alt in Uchtspringe, sowie Herrn Landesrath Schede in Merseburg sind der Rothe Adlerorden IV. Klasse verliehen worden.

— Der Provinzial-Ausschuss der Provinz Hannover hat ernannt: den II. Arzt der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Hildesheim Dr. Otto Snell zum Director der im Bau begriffenen Provinzial-Irrenanstalt zu Lüneburg; den III. Arzt der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Hildesheim Dr. Emil Schmidt zum Arzt der Provinzial-Corrections- und Landarmen-Anstalt zu Wunstorf; den IV. Arzt der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Hildesheim Dr. Schröder zum III. Arzte derselben Anstalt; den Assistenzarzt der Provinzial-Irrenanstalt zu Osnabrück Dr. Ludwig Schmidt zum IV. Arzt der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Hildesheim.

Den geehrten Lesern der Psych. Wochenschrift stehen folgende Schriften zwecks Besprechung in derselben zur Verfügung:

De l'influence des intoxications intercurrentes sur l'apparition des crises douloureuses chez les tabétiques. Par Dr. C. Cuzin. Lyon 1899.

Du cérébro-typhus sans dothiénenterie (Les Typhopsychoses). Par Dr. E. Audemard. Lyon 1899.

Contribution à l'étude des manifestations délirantes qui marquent le déclin des maladies infectieuses. Par Dr. H. Feuillade. Lyon 1899.

Contribution à l'étude de quelques manifestations mentales de la syphilis secondaire (Les syphilopsychoses). Par Dr. G. Jacquin. Lyon 1899.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 40. 30. December 1899.

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Die Jahrhundertswende in der Psychiatrie.

Der Culturfortschritt ist zwar nicht von Zeit und Zahl abhängig, noch lässt sich die Geschichte nach den Ziffern 100 oder 1000 eintheilen, wie es den Anschein haben könnte, wenn man sagen hört, jedes Jahrhundert zöge seine grosse Bilanz, — und doch liegt es in der Natur des Menschengeistes, des einzelnen, wie des universellen, an dem Gerüst der Zeitrechnung Ruhepunkte aufzusuchen, um Umschau zu halten und sich Rechenschaft zu geben über sein „Soll und Haben". Sollte dies eine völkerpsychologische Erscheinung sein, die ihre Wurzel beim Individuum dort hat, wo wir von dem Rythmus des Seelenlebens sprechen? einer Erscheinung, durch die das letztere wie durch keine andere sich in das Gebiet der natürlichen, und der natürlichen Erkenntniss zugänglichen Phänomene einfügt? Jedenfalls handeln wir mehr unter dem Zwange der Form als eines durch den Gang der Dinge selbst gezeitigten Ereignisses, d. i. des Inhalts, wenn wir an des Jahrhunderts Wende einen Blick in die Vergangenheit, einen Blick in die Zukunft werfen und uns darauf besinnen, was geschehen und was nach menschlichem Ermessen unsere fernere Aufgabe ist.

Heute nun, wo auf dem vielseitigen und vielgetheilten Felde menschlicher Arbeit, allenthalben diese Abrechnung gehalten wird, ziemt es sich auch für die Psychiatrie, das Facit hundertjährigen Wirkens zu ziehen, zu prüfen, ob sie in dem Geleisteten mit den Zeitgenossen gleichen Schritt gehalten und was für Ziele die kommende Zeit ihr gesteckt hat.



Die Psychiatrie kann von sich nicht sagen, dass sie wieder ein Jahrhundert zurückgelegt hat: sie feiert den Abschluss ihres ersten Jahrhunderts. Aus welchen Anfängen, durch wie viele Irrfahrten und Kämpfe sie zu ihrem heutigen Stande gelangt ist, dies zu schildern, erübrigt sich gänzlich an diesem Orte. Den Betheiligten ist zur Genüge bekannt, dass die Entwicklung der Psychiatrie bereits mehrfach (wenn auch nur in Anläufen) Gegenstand objektiver Geschichtsforschung geworden und dass dieses Studium einen recht werthvollen Theil der allgemeinen Culturgeschichte bildet. Erwähnt seien nur die Schriften von Kirchhoff und O. Snell. Erst kürzlich hat Starlinger an dieser Stelle den Gang der Irrenpflege während dieses Jahrhunderts recht treffend mit den Worten: Bändigung, Wartung und Pflege der Geisteskranken gekennzeichnet.

Und in der That, an der eigenen Vergangenheit gemessen, scheinen die Leistungen der Irrenpflege recht erfreuliche, und wir dürfen als Deutsche, ohne unbescheiden zu sein, hinzufügen, dass wir, obgleich seiner Zeit nicht die ersten in der Reform des Irrenwesens, heute in dieser Beziehung in der vordersten Reihe der civilisirten Völker marschiren.

Nicht ganz so befriedigt der Blick, den wir von unserem Arbeitsfelde auf das der Nachbarn werfen. Nicht als ob der Irrenarzt seine Mühe zu wenig gewürdigt sehe, vielmehr weisen alle seine Bestrebungen darauf hin, sein Gebiet zu erweitern und zu dem vielen brachen auch etwas fruchtbaren Acker zu gewinnen. In letzter Hinsicht erinnern wir nur an die von vielen Seiten, insbesondere von Möbius und Peretti ins Werk gesetzte Thätigkeit für die Errichtung von Volksnervenheilanstalten. Aber in manch' anderen Punkten sehen wir die Wohlfahrtseinrichtungen in raschem Tempo fortschreiten, während wir, wie es scheint, nur langsam von der Stelle kommen oder gar stehen bleiben. Man will z. B. dafür sorgen, dass dem Gewohnheitsverbrecher, der keinen Altruismus kennt, nicht durch Unfall ein Schaden widerfahre, ohne dass er dafür einen Ersatz bekäme, und vergisst, dass Tausende und Abertausende von bedürftigen und anständigen Leuten, die Geisteskranken in den Anstalten, in gleicher Weise für den Steuerzahler arbeiten, ohne der gleichen Wohlthätigkeit theilhaftig zu werden. Ja, dem Gefangenen zahlt man seinen überschüssigen Arbeitsverdienst heraus, wenn man ihn entlässt, der Geisteskranke muss sich mit dem Trost zufrieden geben, dass es für seine Gesundheit geschieht, wenn er sich beschäftigt; den beruhigenden Gedanken, selbst in seiner Krankheit und fern von der Familie für diese soweit es in seinen Kräften steht, zu sorgen, schafft man ihm nicht. Gerade der Vergleich der Lebensweise der Gefangenen mit derjenigen der Geisteskranken zeigt, wie verhältnissmässig stiefmütterlich diese, die doch mit jenen nichts gemein haben, versorgt werden, wie sehr wir Irrenärzte in dieser Hinsicht an das Althergebrachte gewöhnt sind. Man wird einwenden, dies Alles seien rein administrative Fragen, die gingen den Irrenarzt garnichts an; nun, darauf sei an die bekannte Thatsache erinnert, dass die meisten der im Gefängniss geistig erkrankten und in die Irrenanstalt überführten Individuen sich dorthin zurücksehnen, wo sie doch wenigstens für ihre Frau und Kinder etwas thun und in dieser Beziehung ihre eigene traurige Lage erleichtern könnten. Wieviel mehr ist diese Empfindung bei loyal denkenden Menschen vorhanden und wieviel mehr muss sie an ihrem Gemüth nagen? Es handelt sich hier also um eine mit dem Gemüthszustand durchaus in Zusammenhang stehende, daher ärztliche Frage, die ebenso wichtig ist wie diejenige nach Fensterfläche und Luftkubus. So giebt es ausserdem noch manche kleinen und grossen Einzelzüge, die im Gesammtbild zusammengestellt, obigen Vergleich keineswegs absurd erscheinen lassen. Erwähnt sei z. B., dass in den Irrenanstalten meist nur alle 14 Tage Gottesdienst abgehalten wird, in den Gefängnissen alle 8 Tage; dass dort das Personal 24 Stunden täglich, mit Ausnahme einiger Tage in der Woche, im Dienst verbleibt, während hier soviel Personal zur Verfügung steht, dass eine genügende turnusweise Ablösung stattfindet. Auch das ist eine psychotherapeutische Frage; denn durch Mangel an Erholung und an Verkehr mit der Aussenwelt stellt sich beim Personal die Schablone mit all den wägbaren und unwägbaren Gefühlshärten ein. Wer hier einwendet, dass doch früher das Pflegerpersonal leistungsfähiger, ausdauernder war, hat Recht; wenn er aber mit dieser Behauptung fordert, dass es heute ebenso sein müsse, so hat er den Fortschritt in der Irrenpflege (Wachsäle, Nachtwachen, Bettbehandlung statt Isolirung) kaum mitgemacht.

Die Ueberfüllung der öffentlichen Anstalten dauert hier und da fort. War da kürzlich ein Geistlicher, Leiter einer Idiotenanstalt, die von Privatwohlthätigkeit unterhalten wird, in einer öffentlichen Anstalt zu Besuch und drückte ganz unumwunden sein Erstaunen darüber aus, dass die Regierung es

zulasse, in einem so engen und niedrigen Raum so viele Leute zusammenzupferchen; er habe strikte Anweisung erhalten, in seiner Anstalt diesem Uebelstand abzuhelfen, und dies auch durch Errichtung eines Neubaues gethan.

In der Fürsorge für entlassene Geisteskranke ist man, was Gründung neuer Vereine anlangt, in der letzten Zeit nicht viel weiter gekommen; vielleicht deshalb, weil in den letzten Jahren durch die Invaliditätsrenten in vielen Fällen das Eingreifen eines solchen Vereins sich erübrigt hat; doch dürfte dies nur dem Anschein, nicht der Wirklichkeit entsprechen.

In Preussen hat das Gesetz vom 11. Juli 1891 zwar sehr viel Segen gestiftet, indess stellte sich in der Praxis allmählich heraus, dass sein Wortlaut doch nicht für alle Fälle in idealer Weise zugeschnitten ist. Statt: „Die Landarmenverbände sind verpflichtet, für Bewahrung, Kur und Pflege der hülfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Taubstummen und Blinden, soweit dieselben der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen" — würde es besser heissen: .... für Bewahrung, Kur und Pflege der .... Blinden zu sorgen, und zwar, soweit dieselben der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten. Es giebt Armenverbände, die in der ersten Fassung eine nicht unwillkommene Einschränkung ihrer Verpflichtung erblicken, oder es kommt vor, dass auf Grund dieser Fassung dem Kranken eine Bewahrung, Kur und Pflege selbst dann nur um das Opfer, sich in die Anstalt bringen zu lassen, zu Theil wird, wenn mit einiger Mühe, pekuniärer Unterstützung etc. ein Verbleiben in der Familie oder wenigstens in der Heimath möglich wäre. Dies trifft namentlich oft bei Epileptischen zu. Freilich wäre bei jener Abänderung des Gesetzes auch eine bessere Ausbildung der praktischen Aerzte in der Psychiatrie Voraussetzung, deren Mangel also, wie man sieht, in gewisser Beziehung bis zur Ueberfüllung der Anstalten hin wirkt bezw. daran mitwirkt.

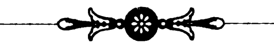
Doch genug des Klagens. Es steht nicht so schlimm, dass wir von der Zukunft nicht das Beste hoffen, dass wir von dem kommenden Jahrhundert nicht ebensoviel oder noch mehr erwarten dürften, als das scheidende gebracht. Aber wie und was sollen wir dazu beitragen?

Nun, sorgen wir vor Allem dafür, dass die Irren-Anstalten **volksthümlicher** werden. Dass sie es durch die Sicherheitsmassregeln gegen ungerechtfertigte oder bösartige Einsperrung nicht geworden sind, bedarf keines Beweises; in dieser Beziehung ist als unbeabsichtigter Nebenerfolg gerade das Gegentheil erreicht worden. Denn in seinen Schwächen will der Mensch zwar unterstützt und bemitleidet, aber nicht durchmustert sein.

Das „open-door" muss nicht nur für die Insassen der Anstalten gelten, sondern in umgekehrter Richtung auch für die draussen befindlichen Gesunden, wenn sie den Wunsch äussern, sich die Anstalt von innen anzusehen. Richte man z. B. für solche, die von weither kommen um ihre Angehörigen zu besuchen, ein oder zwei Räume zu Fremdenzimmern ein, damit sie, statt binnen einer halben Stunde im häufig überfüllten Besuchszimmer die Unterhaltung flüsternd abzuhasten und mit dem nächsten Zuge zurückzufahren, einmal auch einen Tag lang oder wenigstens einige Stunden sich den Betrieb der Anstalt in aller Ruhe ansehen und Gastfreundschaft geniessen können.

Besonders aber thut eins Noth: Wir müssen statt in unseren Fachblättern litterarische Inzucht (sit venia verbo!) zu treiben, mit Allem, was wir im Interesse der Geisteskranken im Allgemeinen (wir sprechen nicht von administrativen Einzel- und Localangelegenheiten, das wäre ja „Flucht in die Oeffentlichkeit") vornehmen und für gut halten, uns mehr und öfter an die Adresse des Publikums wenden und durch populär gehaltene Artikel in der allgemeinen Tagespresse, in den belletristischen periodischen Zeitschriften*) etc. die Theilnahme desselben für alle Vorgänge in der Anstalt und für die Geisteskranken erwerben; thun wir dies, dann erreichen wir zunächst, dass das Interesse der Tagespresse und des Publikums sich weiter als auf die aus der Anstalt in die Oeffentlichkeit dringenden Skandalgeschichten erstreckt, dass es statt wie bisher ein negatives, blosser Neugier entspringendes zu sein, ein positives, wohlmeinendes, förderndes wird. Dann wird sich beim Publikum mehr wie jetzt Herz, Sinn und Hand für das Loos der geisteskranken Mitmenschen aufthun.

*) So hat z. B. jetzt eben Geh. Med.-Rath Pelman einen solchen sehr zeitgemässen Artikel in der „Deutschen Revue" veröffentlicht („Die Irrenfürsorge am Ausgange des XIX. Jahrhunderts").



La prophylaxie des maladies mentales au point de vue social.

Par le Dr. *Jul. Morel*, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de l'Etat, Mons.

Les médecins ont toujours été unanimes à déclarer qu'il est plus facile de prévenir que de guérir une maladie. Cet axiome se trouve confirmé de jour en jour, spécialement depuis que l'hygiène l'a prouvé par la voie expérimentale, depuis que la bactériologie est devenue un des chapitres capitaux de la médecine pour les maladies contagieuses et infectieuses. Les Etats se sont occupés de ces questions parcequ'elles sont devenues palpables et cette préoccupation augmente au fur et à mesure que le champ d'action devient plus vaste.

Si les médecins confirment également cet axiome pour les maladies mentales, nous ne pouvons en dire autant pour les Etats qui pour la plupart restent les bras croisés devant le flot toujours croissant de l'aliénation mentale. Si nous exceptons les pays Scandinaves, nous pouvons affirmer que les Etats qui croient en l'extension progressive de la dégénérescence humaine par la multiplication des causes qui peuvent développer les maladies mentales, réagissent d'une manière trop lente contre le terrible malheur, et que les mesures prises contre cet arrêt de développement ne peuvent se faire sentir que d'une manière bien insuffisante.

Hérédité. En étudiant les causes des maladies mentales, et conséquemment de la dégénérescence humaine, nous devons citer en premier lieu l'hérédité. Nous héritons de beaucoup de maladies de nos parents ou de nos ancêtres; nous les transmettons trop souvent à notre descendance. Tous ceux qui sont à même de poursuivre l'homme depuis le berceau, qui observent la manière dont son éducation est faite, sa manière d'être à l'école, comment il fait son entrée dans le monde, peuvent suivre le pénible fléau de l'hérédité, comme ils peuvent également obvier, dans une certaine limite, à son développement, parfois l'enrayer d'une manière complète. — C'est parfois une grande erreur d'appeler le médecin aliéniste à son secours quand le mal s'est revélé; il importe que tout médecin soit au courant des tares héréditaires qui peuvent se présenter dans les familles, mais il importe également qu'on apprenne aux hommes à se connaître eux-mêmes, à connaître surtout les côtés défectueux de leur être et surtout ceux qui peuvent contribuer à les faire déchoir de leurs facultés intellectuelles, qui peuvent être transmis à leur progéniture. Mais ces principes resteront inconnus ou sans conséquences pratiques aussi longtemps que les Etats ne prennent pas à coeur le perfectionnement de leurs populations et ne créent pas des mesures radicales pour extirper tout ce qui peut coopérer à la dégradation intellectuelle et morale des peuples.

C'est en combattant les lois de l'hérédité que les Etats parviendront à la solution de la majeure partie de la question qui leur incombe.

Trop souvent en effet, si l'attention reste insuffisante, on est enclin à réduire les causes des troubles mentaux. On invoque une maladie somatique, une maladie cérébrale, l'âge avancé etc. Mais en pénétrant plus profondément dans la vie de l'aliéné ou du dégénéré, en remontant dans la génération, une lumière se fera. On apprendra à connaître la constitution et le tempérament de ses parents et, si cet examen se fait minutieusement chez le jeune enfant, on peut prendre les devants et prendre les mesures préventives sans même faire connaître aux parents les motifs qui doivent guider l'éducateur ou le médecin. Trop souvent les parents refusent de croire chez eux à l'existence d'une tare héréditaire et mieux vaut dans ces cas améliorer la progéniture à leur insu. Beau et noble but à atteindre!

Il ne suffit pas que les parents ou grands parents aient été frappés antérieurement d'une maladie mentale pour qu'il y ait hérédité. D'autres maladies nerveuses, l'hystérie, l'épilepsie, la choréa, la neurasthénie ou même seulement un état nerveux plus ou moins prononcé, peuvent amener une diminution de résistance dans les facultés cérébrales et troubler celles-ci à la moindre cause nuisible qui peut se rencontrer ultérieurement dans le cours de l'existence. Des maladies qui entament profondément l'organisme ont généralement pour cause la débilitation du système nerveux et cette débilitation augmente encore pour la progéniture quand les deux procréateurs portent une maladie sérieuse. La tuberculose pulmonaire, la scrophulose, la goutte, le cancer chez l'un des parents prédisposent à l'aliénation mentale; cette prédisposition est au moins doublée quand les deux parents sont atteints de l'une ou de l'autre de ces deux maladies.

Il y a ici toutefois une différence à trancher dans la question de l'hérédité, différence à laquelle



ne prêtent pas toujours une attention suffisante ceux qui ont charge de ce genre d'examen. Trop souvent on conclut à la tare héréditaire alors que celle-ci n'existe réellement que lorsque les parents étaient tarés au moment de la conception des enfants ou tout au moins, pour la mère avant la naissance des enfants. L'hérédité peut exister chez le père ou la mère pendant une partie de l'existence et cesser d'être à la suite d'un traitement ou de la guérison de l'affection nerveuse ou mentale; elle peut encore rester latente, sauter ce qu'on appelle habituellement une génération et se faire jour chez la deuxième si l'on n'a pu réussir à extraire la racine du mal.

Les mariages entre parents consanguin, et spécialement entre cousins germains, ont très souvent donné lieu à la procréation d'enfants idiots, fortement nerveux et prédisposés à l'aliénation mentale.

Quels sont les remèdes à opposer à l'hérédité?

Il va de soi qu'à partir du moment où l'on constate chez l'enfant un trouble quelconque du système nerveux, ne fut ce qu'une simple irritabilité ou un sommeil troublé, qu'il soit provoqué par une débilité générale ou une autre cause, des précautions spéciales doivent être prises. Si l'état nerveux dépend essentiellement de la mère, l'enfant sera confié à une bonne nourrice et le médecin prescrira un régime sévère pour la nourrice et à la fois pour l'enfant.

A un âge un peu avancé l'enfant peut avoir des horreurs nocturnes, il peut être effrayé de se trouver seul on dans l'obscurité, il peut présenter des caprices, des colères. La moindre émotion, la question de faire des contes d'esprit, de revenants, de voleurs, peut exercer un mal irrémédiable. La masturbation, une éducation trop molle, une insuffisance des soins corporels nuisent également à l'enfant. On essaiera d'allumer en lui l'affection pour ses camarades, pour les animaux, comme on essaiera également de réprimer de toutes ses forces l'égoisme qui pourrait le caractériser.

Toutes ces précautions sont indispensables pour conduire les enfants vers leur éducation définitive, car il est à considérer que parmi eux il y en a qui sont précoces et qui s'instruisent avec la plus grande facilité tandis que d'autres sont lourds, arriérés, ne s'intéressant à rien. Ces deux espèces d'enfants appartiennent à la pathologie mentale. Les enfants précoces d'une manière inconsciente abusent de leur mémoire et de leurs facultés d'assimilation, et leurs parents, même leurs maîtres, par suite d'un amour propre, d'une fierté ou d'une ambition mal placés, usent et abusent de ces jeunes gloires et finissent très souvent par amener leur chute précipitée. Que de nombreux enfants qui feraient le bonheur et la gloire de leurs parents et de ceux à qui ils avaient confié l'instruction, sont tombés dans un état de décadence ou d'arrêt intellectuel, même sont devenus aliénés ou tombés en démence parcequ'on a trop réclamé de leurs forces intellectuelles! Que d'enfants, bons étudiants au collège, se sont trouvés arrêtés en route et sont devenus des improductifs lorsqu'ils sont venus s'asseoir sur les bancs de l'université ou lorsqu'on voulait les préparer à une vocation commerciale ou industrielle! Que d'étudiants, même ayant obtenu leurs diplomes, maxima cum laude, se sont arrêtés dans le cours de leur carrière libérale, au point de vue intellectuel, parceque leur vanité personnelle ou celle de leurs parents les poussait plutôt aux honneurs!

C'est que la société ne comprend pas, ou au moins insuffisamment, que l'homme est une créature sans cesse perfectible, même jusqu'à un âge assez avancé, que son cerveau n'a pas atteint son développement complet même à l'âge de vingt-cinq ans et que cet organe si précieux doit être respecté et guidé depuis la tendre enfance, sans discontinuer. Nous en avons la preuve dans les exemples de commerçants, d'industriels, d'avocats, de médecins, d'ingénieurs etc. qui, n'ayant pas abusé du travail intellectuel, preuvent un essor tout nouveau à l'âge où beaucoup de leurs compagnons se sentent arrêtés dans le progrès de leur développement intellectuel.

L'éducation de l'enfant doit conséquemment faire l'objet de soins spéciaux. Les programmes des études doivent être modifiés dans l'enseignement primaire et l'enseignement moyen. Nous ne conseillerons jamais de revenir aux programmes d'il y a un demi siècle; l'enfant exerçait sa mémoire, mais il apprenait beaucoup de choses auxquelles il ne comprenait rien. Aujourd'hui il existe des programmes plus logiques, plus en harmonie avec notre manière d'être physique et intellectuelle. On doit prescrire à l'enfant le développement progressif de toutes les parties constituantes de son être; toutes ces parties ont besoin d'une instruction et d'une éducation en rapport avec le but qu'elles ont à remplir dans la nature. Que l'on exerce les membres, que l'on facilite l'acte de la respiration, de la circulation et de la digestion; que le cerveau à son tour soit soumis à des exercices intellectuels et moraux en rapport avec la



situation du moment. Que les exercices physiques, les soins pour un bon air et une bonne alimentation alternent avec les exercices psychiques qui réclament à la fois la culture des organes des sens et spécialement de la vue et de l'ouïe; qu'on mette en rapport les impressions visuelles et auditives avec la puissance cérébrale. Ainsi se fera Anschauungsunterricht, si bien répandu en Allemagne et encore insuffisamment comprise dans d'autres pays, notamment en Belgique; ainsi se fixeront d'une manière solide les impressions que la vue et l'ouïe peuvent engendrer; ainsi se fera l'assimilation cérébrale et la préparation de la faculté du raisonnement.

Cette culture progressive de l'intelligence par la culture de nos principaux organes des sens, donne à l'enfant et au jeune homme une satisfaction beaucoup plus grande, un véritable stimulant, parcequ'ainsi il ne s'assimile que des choses utiles dont l'homme comprend toute la valeur, toute la nécessité.

C'est souvent l'inintelligence des maîtres qui est cause de l'indifférence des élèves et du peu de progrès qu'ils réalisent. Il faut que le maître soit à même de se rendre compte de la valeur intellectuelle, de la valeur psychologique de ses élèves; qu'il sonde la valeur psychologique des enfants. Si la plupart des élèves qui constituent la moyenne, peuvent suivre une classe, il faut que pour les autres, moins avancés, les maîtres sachent individualiser et rechercher les moyens de relever certaines facultés encore dormantes chez l'enfant.

Le programme des études moyennes devrait être la continuation de celui de l'enseignement primaire. Qu'on en bannisse les matières dont l'importance est nulle ou très restreinte; pourquoi enseigner aux enfants des matières dont ils ne sauront plus le premier mot quelques années après. Cette constatation a été faite souvent, qu'on respecte les tendances naturelles de la jeunesse et qu'on ne l'arrête pas dans le cours des études parceque certains enfants anoutrent une prédilection pour certaines matières et qu'il en néglige d'autres et qu'on puisse prouver aux maîtres que ces matières ne seront d'aucun secours dans la carrière du jeune homme, que celui-ci l'ait choisie ou qu'il y soit appelé par ses parents. Il arrive trop souvent que la sévérité du maître mène à la désolation et au découragement de l'élève et conséquemment que le maître, sévère et sans jugement, soit la cause d'une carrière manquée. Ils sont rares les jeunes gens qui peuvent faire marcher de pair l'étude des langues avec celle de l'histoire, des mathématiques etc. et, s'ils y arrivent, aux prix de quels grands efforts! C'est une constatation qui se fait constamment dans le cours des études moyennes. Les maîtres et les parents ont tort de prétendre d'une manière absolue que les élèves excellent en même temps dans toutes les branches de l'enseignement; il importe au contraire de pressentir les enfants dans le cours de leurs études, afin de les conduire, dans la mesure du possible, de les favoriser, de les encourager dans leurs études favorites si celles-ci sont compatibles avec leur santé et leur position sociale.

Il résulte de ces considérations générales, et a fortiori, que tous les sujets nerveux et prédisposés doivent sans cesse être guidés dans le cours de leur première jeunesse aussitôt qu'un trouble quelconque ou une irrégularité se présente dans le cours des études ou de l'éducation. Pourquoi, au besoin, l'éducateur ne pourrait-il pas être tenu au courant des côtés faibles de ceux dont il a la charge? Pourquoi n'imposerait-on pas à l'éducateur certaines notions sur la difficulté qu'il peut rencontrer dans sa mission chez les enfants plus ou moins troublés du système nerveux ou prédisposés à ce genre d'affections. Leur nombre est si grand et les avantages qui en résulteraient pour l'éducateur seraient si énormes et si consolants! Le Dr. Koch,*) dans son travail „Das Nervenleben des Menschen" donne d'excellents conseils à ce sujet.

Le Dr. Koch, ancien directeur de l'asile de Zwiefalten, a fait ressortir maintes fois la nécessité d'une instruction et d'une éducation spéciales aux enfants à intelligence arriérée et a proclamé la nécessité de créer des écoles spéciales pour enfants arriérés. En Allemagne, en Angleterre, aux Etats Unis, ailleurs encore, cette idée a rencontré beaucoup de partisans et les résultats obtenus font bien augurer de ce nouveau système. S'il a été impossible de donner à tous les enfants arriérés un relèvement moral et intellectuel pour recevoir une certaine instruction et pour apprendre un métier en rapport avec le degré de leurs fonctions intellectuelles, il y en a néanmoins qui ont réussi à se perfectionner, et parfois à un degré tel, qu'ils ont pu rattrapper le niveau intellectuel d'autres enfants dits normaux avec lesquels ils ont été autrefois à l'école et marcher de pair avec eux. Les maîtres attachés à leur personne ont

*) Dr. J. L. A. Koch, Das Nervenleben des Menschen in guten und bösen Tagen. Zur Belehrung, zu Rath und Trost. Ravensburg, Otto Maier, 1895.

réussi à réveiller ce qu'on appelle les qualités latentes qui, chez beaucoup d'élèves ne se font jour qu'à une certaine époque de l'existence, mais dont le réveil chez d'autres a pu se faire d'une manière beaucoup plus prompte, ces enfants ayant rencontré sur leur chemin des maîtres intelligents et dévoués, ayant, par des méthodes particulières, réussi à se faire comprendre. (A suivre.)



Uebergangsbestimmungen bez. Pflegschaft.

Von Kreisphysikus Sanitätsrath Dr. *Kornfeld*-Grottkau.

Nach B. G.-B. § 1910 Abs. 3 „darf die Pflegschaft nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden; es sei denn, dass eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist." Es entsteht die Frage: Was geschieht mit den Pflegschaften, die, wie bis 1900, ohne die Einwilligung zu berücksichtigen, angeordnet wurden? Die Uebergangsvorschriften (Einf.-Ges. zum B. G.-B., 4. Abschnitt, Art. 155 betr. Entmündigung, desgleichen 156 betr. Verschwendung) enthalten keine Bestimmung hierüber. — Dass diese Pflegschaften vom 1. Jan. 1900 ab von selbst wegfallen müssen, sobald der Pflegling Widerspruch erhebt, oder selbst sobald seine Einwilligung nicht festgestellt ist, scheint klar zu sein. Im Interesse der Fürsorge einer Reihe insbesondere geistig Insufficienter liegt es nun natürlich, dass sie hier sofort unter die vorläufige Vormundschaft (nach § 1906) gestellt wird. Dass die „Unmöglichkeit einer Verständigung" im J. 1900 auch dann anerkannt werden sollte, wenn der zu Verpflegende wegen Wahnvorstellungen, Gemüthsstörung etc. sich einer Belehrung über das Wesen der ihm zugedachten Pflegschaft, über die Nothwendigkeit derselben, die Vortheile für ihn unzugänglich erweisen würde, kann vom Gesetz nicht beabsichtigt sein. Gegen eine solche Auslegung spricht schon der Zusammenhang in der Aufzählung der verschiedenen Gebrechen, die die Pflegschaft erforderlich machen könnten. Eine Mittheilung, wie sich in dieser Beziehung Gericht und in erster Reihe die Staatsanwaltschaft verhält, wäre wünschenswerth. In erster Reihe wäre wohl letztere dazu berufen, zu verhindern, dass eine Pflegschaft über Geisteskranke auf Grund des § 1910 Abs. 3 ohne Weiteres vom 1. Januar 1900 ab cessirt.



Mittheilungen.

— **An der Universität Laval zu Montreal in Kanada** beabsichtigt man einen Lehrstuhl für „medicinische Theologie" zu errichten.

— In einer der letzten Nummern der Gaz. des Hôpitaux findet sich die **Liste der von der Pariser medicinischen Akademie zuerkannten Preise**; es ist erstaunlich, welche Zahl von Preisen derselben zur Verfügung gestellt ist. Wir zählen einige 30, die meisten mehr als 1000 frcs. betragend; dazu kommen zahlreiche Gold-, Silber- und Bronzemedaillen.

Ein Preis von 800 frcs. (Prix Civrieux) wurde ertheilt den DDr. A. Marie und A. Vigouroux (in Dun-sur-Auron) für eine Arbeit: Du nervosisme; ein solcher von 1000 frcs. den DDr. Dufour und Roques de Fursac (in Paris) für eine Arbeit über Melancholie. — Der alle zwei Jahre zu vergebende und im nächsten Jahre fällige Baillarger-Preis (2000 frcs.) ist für den Autor der besten Arbeit über die Behandlung der Geistesstörungen und über die Organisation der öffentlichen und privaten Irrenanstalten bestimmt; der Preis Charles Boullard bietet 1200 frcs. für ein ähnliches Thema. Preis Civrieux (800 frcs.): Thema: Les délires dans la paralysie générale; Preis Falret (700 frcs.): Klinische Formen der Neurasthenie, ihre Behandlung; Preis Théodore Herpin (Genf) 3000 frcs. für das beste Buch „über die Epilepsie und die Nervenkrankheiten"; Preis Henri Lorquet, 300 frcs. dem Autor der besten Arbeit „über die Geisteskrankheiten". — Alle diese Arbeiten sind bis Ende Februar 1900 einzureichen.

Bis 1901, Ende Februar, ist die Arbeit für den Preis der Akademie von 1000 frcs. fällig; Thema: Die partielle Epilepsie in klinischer und experimenteller Hinsicht. Zu dieser Zeit muss auch eine zweite Arbeit für den Civrieux-Preis (800 frcs.) eingeliefert sein: Die Rolle des Alkohols bei den Geistesstörungen; für denselben Preis bis Ende Februar 1902: Ueber die verschiedenen Formen der Demenz. Für Ende Februar 1902 ist für Bewerbung um den Falret-Preis (900 frcs.) die beste Arbeit über den Somnambulismus einzureichen. Zur selben Zeit Preis Lefèvre 1800 frcs.: Thema: Melancholie.

Um diese Preise, wenigstens die oben erwähnten, dürfen sich auch Ausländer bewerben. Die Arbeiten müssen in französischer oder lateinischer Sprache abgefasst sein. Nur diejenigen, welche den Preis erhalten, haben ein Anrecht auf den Titel „lauréat de l'Académie de médecine"; nicht diejenigen, welchen Belohnungen, ehrenvolle Erwähnungen etc. zu Theil werden.



— **Aus Ungarn.** Anfangs November wurde die mit einem Kostenaufwande von etwa 500 000 Mk. errichtete und für 320 Kranke berechnete neue Irrenabtheilung des unter der Leitung des Direktors Dr. Berkes stehenden Comitats-Spitals in Gyuha (Békéser Comitat) eröffnet. Primarius der Abtheilung ist Dr. Pandy, dem zwei Secundärärzte zur Seite stehen. Den Zweck vor Augen haltend, dass die Abtheilung in erster Linie als Pflegeanstalt zu dienen hat, sind sowohl Anlage als Einrichtungen derselben als sehr gelungen zu bezeichnen, nur die Isolirzimmer sind wegen ihrer Düsterkeit, die durch die u. E. überhaupt nicht geeignete Asphaltverkleidung des Fussbodens noch vermehrt wird, zu bemängeln; ferner bewähren sich die wegen noch ausstehender Canalisation provisorisch eingestellten Torfclosets (mit Tonnensystem) nicht. n.

Psychiatrischer Brief aus Ungarn.

Die historische Entwickelung des Irrenwesens in Ungarn unterscheidet sich eigentlich nicht wesentlich von denen anderer Länder. Es ist ja eine bekannte Thatsache, dass je entwickelter die Kultur eines Staatswesens, umso besser auch sein Irrenwesen bestellt ist. Es kann also nicht Wunder nehmen, wenn in Ungarn, einem Lande, welches erst in den letzten Jahrzehnten seine Selbstständigkeit und damit auch seine intensivere kulturelle Entwickelung gewann, die Fürsorge der Irren auch erst in den letzten Jahrzehnten sich allmählich zu entwickeln begann.

Wenn man bedenkt, dass die Verhandlungen über das Zustandekommen einer Landesirrenanstalt schon im Jahre 1792 eingeleitet wurden und durch allerlei missliche Umstände — zu welchen in erster Reihe die fortwährenden politischen Wirren zu zählen sind — die Eröffnung dieser Anstalt erst am 6. Dezember 1868 bewerkstelligt werden konnte, dann wird man erst, wenn man den Vergleich mit den heutigen Zuständen macht, den Fortschritt würdigen können, welchen dieser junge Staat in der Fürsorge für seine Geisteskranken schon bisher gethan hat.

Heute giebt es in Ungarn schon vier grosse Landesirrenanstalten die im vorigen Jahre 2945 Kranke verpflegten. Es sind dies die Anstalten in Budapest-Leopoldifeld, Budapest-Engelsfeld, Hermanstadt und Nagykálló. Ausserdem haben viele Krankenhäuser Abtheilungen für psychische Kranke. Die grösste Abtheilung hat das Pressburger Staatskrankenhaus, welche in diesem Jahre neu gebaut wurde und für 280 Kranke Raum hat. Grössere Abtheilungen befinden sich noch in Nyitra, Szegszárd, Szeged, Temesvár, Békés-Gyula. Der Orden der barmherzigen Brüder hat zwei Anstalten in Budapest und in Eger. Der Stadt Budapest gehört eine grössere Beobachtungsabtheilung und ein Siechenhaus für unheilbare Irren an.*) Die Zahl der während einem Jahre in den verschiedenen Krankenhäusern verpflegten Geisteskranken dürfte so ziemlich der Zahl jener in den Staatsirrenanstalten Verpflegten gleich kommen. Wenn auch ich die Unterbringung der Irren in Appendixen verschiedener Krankenhäuser, lediglich deshalb, weil sie zumeist ohne jede psychiatrische Leitung geschieht und weil diese Abtheilungen jeder Organisation entbehren, für gar nicht zweckmässig erachte, so muss man doch zugestehen, dass sie im Vergleich mit dem früheren Zustande noch immer einen Fortschritt bedeutet. Die alte Klage, die man ja überall hört, nämlich die Ueberfüllung der Anstalten, ist natürlich auch bei uns zu Hause. Wie denn nicht! Hat ja die im Jahre 1895 streng durchgeführte Zählung der im Lande befindlichen Irren die erkleckliche Zahl von 25071 Irren ergeben, und wissen wir es ja Alle, dass wenn die Conscription noch so streng durchgeführt würde, die Zahl dennoch hinter der Wirklichkeit zurückbleibt. Es ist also leicht zu erklären, dass die Anstalten überfüllt sind und dass es immer ein grösseres Bedürfniss wird neue und grössere Anstalten zu creiren. Im Vorjahre hat auch — wie wir es schon an dieser Stelle veröffentlichten — der Minister des Innern, in dessen Ressort das Irrenwesen gehört, den rührigen Chef der Sanitätsabtheilung, Ministerialrath Dr. Chyser und den gewesenen Direktor der Leopoldifelder Irrenanstalt Dr. Niedermann ins Ausland gesandt, um über die neueren psychiatrischen Errungenschaften Bericht zu erstatten. Lediglich die Folge dieses mit viel Geschick verfassten Berichtes ist es, dass man bereits den Bau einer grösseren 1000 Inwohner fassenden Irrenanstalt in Erwägung zog und dieselbe in Form eines Colonialsystems in einer grösseren Stadt der grossen Tiefebene Ungarns erbauen will. Die Pläne sollen schon fertig sein und sobald es die finanziellen Verhältnisse erlauben werden, wird auch der Bau begonnen.

Ich werde in meinem nächsten Briefe über unsere Anstalten und deren Krankenbewegung noch das Nähere mittheilen,

Pressburg, den 23. Decbr. 1899. Dr. Fischer.

*) Auch muss ich der einzigen in Budapest befindlichen Privatirrenanstalt des Dr. Otto Schwarzer de Babarn erwähnen, welche überhaupt die älteste Anstalt Ungarns ist.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

— Unser sehr verehrter Mitarbeiter, Oberarzt Dr. P. Näcke, ist zum correspondirenden Mitglied der Gesellschaft der italienischen Irrenärzte ernannt worden.

— Aus Budapest. Zum Director der Leopoldifelder Irrenanstalt — die grösste Anstalt Ungarns — wurde an Stelle des in den Ruhestand versetzten Ministerialrathes Dr. Julius Niedermann der bisherige Primararzt dieser Anstalt, kgl. Rath Dr. Karl Bolyó ernannt. Der neue Director, der seit Bestehen der Anstalt die Frauenabtheilung geleitet hat, dürfte durch seine allbekannte Energie und Fachtüchtigkeit diese in jeder Beziehung Musteranstalt auf seiner jetzigen Höhe erhalten und auch weiter fördern. F-r.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 41. 6. Januar 1900.

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Die Alkoholabstinenz in der Landes-Irrenanstalt Kierling-Gugging.

Von Dr. *Krayatsch.*

In den meisten öffentlichen Irrenanstalten Oesterreichs wurde bisher der Alkohol in der landesüblichen Form von Bier, Wein, Obstwein, in einer sogar der Zwetschgenbranntwein als Genussmittel beziehungsweise als Arbeitsentlohnung ärztlicherseits gestattet.

Auch in Gugging erhielten die arbeitenden Pfleglinge seit dem Bestande der Anstalt im Jahre 1885 entweder Bier oder einen leichten Landwein, an welchen die Bevölkerung Nieder-Oesterreichs gewöhnt ist. Erst später wurde der besonders in Ober-Oesterreich beliebte Obstwein als Genussmittel eingestellt und verwendet. Während der Bestellung der Felder und zur Zeit der Ernte erhielten die dabei verwendeten Pfleglinge die auch ausser der Anstalt bei solchen Gelegenheiten üblichen Kostzubussen eines landwirthschaftlichen Arbeiters, nämlich Bier, Wein oder Obstwein zum zweiten Frühstück. Dadurch gewöhnten sich die leistungsfähigen und stabilen Pfleglinge an eine Entlohnungsart, welche sie bei jeder neuen Arbeit bald wegen der Kälte, bald wegen der Hitze oder wegen des Regens oder Staubes nicht vermissen wollten und oft in rücksichtsloser Weise ihre Forderungen nach Alkohol stellten und dabei von den neu aufgenommenen Pfleglingen kräftig unterstützt wurden.

Auch bei den häufigen Anstaltsunterhaltungen, Bällen und Erntefesten wurden Bier und Obstwein in vorgeschriebenen Mengen als Erfrischung an die Pfleglinge verabreicht, doch wussten sich manche trunksüchtige Pfleglinge durch List oder Gewalt ein Plus von Alkohol zu verschaffen, wodurch mitunter recht unliebsame Zwischenfälle ausgelöst wurden.

Die in dieser Richtung gemachten Erfahrungen gaben die Veranlassung, dass die Anstaltsärzte die Ueberzeugung gewannen, sich der Bewegung unter den Fachärzten des Auslandes, den Alkohol in jeder Form als Genussmittel aus der Irrenanstalt grundsätzlich zu entfernen, anschliessen zu müssen.

Ausschlaggebend für die Einführung der Alkoholabstinenz war die im Frühjahr 1899 verfügte Angliederung einiger Bezirke der Grossstadt Wien zum Aufnahmsbezirke der Irrenanstalt Gugging, wodurch eine grössere Menge Alkoholiker zur Aufnahme gelangte, deren Behandlung nebst der Anwendung von Bädern, kräftiger Ernährung und Beschäftigung im Freien ausschliesslich in der Anhaltung zur Alkoholabstinenz bestand.



Es lag sehr nahe anzunehmen, dass die Einführung der Alkoholabstinenz besonders die Pfleglinge der Männerabtheilung, welche, den landesüblichen Verhältnissen entsprechend, mit wenigen Ausnahmen dem Alkohol mehr oder weniger in ihrer früheren Berufsstellung zugesprochen haben und auch in der Anstalt, wie bereits erwähnt, an die Entlohnungsart für geleistete Arbeit gewöhnt waren, hart treffen und vielleicht zu Erregungsscenen Veranlassung geben wird. Doch waren die gehegten Befürchtungen erfreulicher Weise ganz grundlos.

Um der so dringlich nöthigen therapeutisch-hygienischen Reform in der Irrenanstalt Eingang zu verschaffen, wurden zunächst sämmtliche Pfleglinge der Aufnahmsabtheilungen und der sogenannten Zwischenabtheilungen, kurz überall, wo Wachsäle eingerichtet sind, angehalten, dem Alkohol zu entsagen, weil es erfahrungsgemäss leichter ist, alle Pfleglinge eines Pavillons der Alkoholabstinenz zu unterwerfen, als unter Pfleglingen, von denen einige sich dem Genusse von Bier und Wein hingeben dürfen, andere abstiniren zu lassen.

Die zuwachsenden Kranken, welche ausnahmslos die Wachsäle passiren müssen, lernen auf die Weise den Alkohol leicht vermissen, und was das Wichtigste dabei zu sein scheint, das Wassertrinken, welchem die Trinker, wie es die Erfahrung lehrt, zum Beginn der Entsagung wegen des bestehenden Durstgefühls zusprechen müssen.

Auf diese Weise wurde das neue Behandlungssystem in der ganzen Anstalt bekannt, und es gewöhnten sich endlich auch jene Pfleglinge an den Gedanken der Enthaltsamkeit von Bier und Wein, welche den alten Stock der landwirthschaftlichen Arbeiter bilden und die Arbeiter-Pavillons III und VII, sowie die Colonie Haschhof bewohnen.

Ohne dass ein Pflegling aus disciplinären Gründen von einer Abtheilung in eine andere übersetzt werden musste, überhaupt ohne merkliche Schwierigkeiten gelang die Einführung der Alkoholabstinenz in einer Weise, welche der fürsorglichen Umsicht der Abtheilungsärzte zu danken war.

An Stelle des Alkohols traten Milch, Kaffee, Sodawasser oder russischer Thee mit Citronensäure, eine Mischung, welche warm oder kalt nicht genug empfohlen werden kann. Sogenannte alkoholfreie Biere und Weine werden, weil vollständig unnöthig, nicht verwendet. Die Kranken werden dadurch überhaupt nicht an das Wassertrinken gewöhnt werden, auch sollen die alkoholfreien Weine mässig abführend wirken.

Die Einführung der Alkoholabstinenz machte jedoch die Verfügung nothwendig, dass die Pfleger, welche sich nicht freiwillig der Alkoholentwöhnung unterwerfen, ihre verschriebenen Bierrationen ausserhalb jener Räume zu verzehren haben, in welchen sich die Pfleglinge gewöhnlich nicht aufzuhalten haben. Diejenigen Pfleger, welche wenigstens innerhalb des Anstaltsgebietes dem Alkoholgenusse entsagen, erhalten ein etwas höher bemessenes Relutum im Betrage von 2 fl. per Monat für das denselben lohnmässig zukommende Bier- oder Weinquantum.

Die hygienisch-therapeutische Maassregel, sämmtliche Pfleglinge der Irrenanstalt zur Enthaltsamkeit vom Alkohol in jeglicher Form als Genussmittel zu zwingen, wurde am 2. November 1899 durchgeführt. Schon heute kann bestätigt werden, was ja in anderen Berichten über diesen Gegenstand betont wurde, dass die Alkoholabstinenz das friedfertige Zusammenleben der Kranken wohlthätig beeinflusst, was besonders auf den Abtheilungen der arbeitenden Pfleglinge und der Epileptiker auffällt, wo früher häufiger Unverträglichkeiten vorkamen. Weiter wird beobachtet, dass die Pfleglinge sparsamer wurden und ihre Depôts weniger in Anspruch nehmen, abgesehen von den ersparten Landesmitteln, welche für Bier und Wein früher ausgelegt werden mussten, da täglich 30 bis 35 l Bier und 4 bis 5 l Wein als Arbeitszubussen verschrieben wurden. Durch die Erzeugung kohlensäurehaltiger Wässer in eigener Regie wird der Ersatz für Alkohol wesentlich billiger geliefert.

Man mag als Facharzt gegenüber der Alkoholabstinenzbewegung, wie sie allenthalben mehr und mehr in die Gesellschaftskreise eindringt, was immer für eine Stellung einnehmen, so wird man doch zugeben müssen, dass der Alkohol in jeder Form dem invaliden Gehirn und Nervensystem schädlich ist und dass es demnach wissenschaftlich vollständig begründet ist, den Pfleglingen einer Irrenanstalt dauernd den Alkohol als Genussmittel zu versagen.





La prophylaxie des maladies mentales au point de vue social.

Par le Dr. *Jul. Morel*, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de l'Etat, Mons.

(Suite.)

Le Dr. Keller, de Copenhague, a entrepris cette noble tâche au Danemark avec un véritable succès ainsi que le démontre son excellent rapport publié il y a à peine quelques mois.

En Angleterre, les Drs. Shuttleworth et Fletcher Beach ont obtenu de brillants succès dans cette voie. Les Etats-Unis, par les travaux publiés par les „National conferences of charities and corrections" prouvent également combien l'entreprise de l'éducation rationelle d'enfants arriérés mérite l'encouragement. Mais la palme du travail laborieux et incessant revient à l'Allemagne qui, depuis quatre ans, publie un journal très pratique à l'usage des éducateurs. Il est intitulé „Die Kinderfehler — Zeitschrift für pädagogische Pathologie und Therapie, in Haus, Schule und socialem Leben". Ce périodique mensuel est publié sous la savante direction du célèbre psychiatre J. L. A. Koch, de Ch. Ufer, directeur des Écoles Reichenbach à Altenburg, du Dr. Zimmer, professor à Herborn et de J. Trüper, directeur de l'asile spécial pour enfants arriérés à Sophienhöhe, près de Jena. Ce journal possède des collaborateurs savants et dévoués à la noble cause du perfectionnement de l'enfance; son contenu scientifique mérite d'être connu de tous ceux qui s'occupent de questions sociales et surtout de celles qui constituent la thérapeutique sociale, l'amélioration des dégénérés ou des prédisposés à la dégénérescence.

En Belgique, malgré les quatre asiles pour enfants arriérés que ce pays possède, il n'y a qu'un seul véritable spécialiste, le Dr. Jean de Moor, de Bruxelles, qui s'occupe sérieusement de cette question. Personnellement, alors que j'étais attaché à l'hospice Guislain à Gaud, j'ai, comme mon prédécesseur, le Dr. J. B. Jugels, rencontré une résistance invincible pour introduire les nouveaux modes d'enseignement chez les enfants arriérés.

Bref, il est établi que les résultats obtenus sont brillants et que les gouvernements ne sauraient trop accorder leur concours aux enfants arriérés qui, sans eux, sont inévitablement appelés à la continuation de la dégénérescence et à des complications mentales.

Quand aux malheureux inaptes à tout progrès intellectuel et moral, il faudrait, comme je l'ai indiqué dans un travail publié en 1894 dans le *Journal of mental science* — „*the need of special accommodation for the degenerate*" créer des établissements spéciaux pour enfermer à jamais ces malheureux qu'on doit considérer comme des êtres nuisibles à la société. J'ai l'intime conviction que ce serait une mesure sociale des plus heureuses qui contribuerait singulièrement à prévenir l'aggravation des troubles mentaux chez les dégénérés, comme à la fois elle contribuerait singulièrement à diminuer la criminalité.*)

Masturbation. Un vice excessivement fréquent dans les écoles, et surtout dans les pensionnats, c'est la masturbation. Ce vice se rencontre plus fréquemment chez les enfants les plus pauvrement doués au point de vue intellectuel et moral; mais là où les enfants sont réunis en grand nombre la contagion de ce vice est fortement à craindre. L'un enfant instruit l'autre au sujet de cette habitude vicieuse et il suffit de quelques mauvais esprits dans une école pour que celle-ci ne tarde à devenir un foyer d'infection pour les élèves qui ignorent les conséquences fâcheuses, terribles de la masturbation. C'est un devoir impérieux pour un directeur d'établissement d'avoir toujours l'œil au guet pour réprimer ce malheur. C'est un devoir encore pour les parents d'informer les éducateurs des vices de leurs propres enfants et, de part et d'autre, il importe d'expliquer aux élèves vicieux toutes les maladies et surtout les troubles mentaux auxquels ils s'exposent. Les médecins à leur tour ont un rôle à remplir dans ces circonstances parceque souvent les jeunes gens ajoutent plus de fois à la parole de leur médecin qu'à cette des parents et des éducateurs. Il est donc du devoir des parents et des maîtres d'en prévenir le médecin dans le plus bref délai. Il appartient au médecin d'exposer l'action nuisible de la masturbation au point de vue du développement physique, psychique et moral, les conseils qu'il a à donner dans ces tristes circonstances devraient pouvoir être prouvés par des faits. Il n'y a pas de psychiatre un peu experimenté qui ne pourrait prouver que les jeunes gens non richement doués ne passent dans ces cas bien promptement à l'imbécillité ou même à l'idiotie; il

*) Nous aurions pu prolonger de beaucoup cette partie du travail. Il importe toutefois d'appeler l'attention du lecteur sur ce que dit à ce sujet de l'Ueberbürdungsfrage Kräpelin dans sa psychiatrie 6. Aufl. p. 296 à 299. C'est un heureux complément au présent article.

n'y a pas de médecin psychiatre qui ne connaisse d'exemples de jeunes gens, même très intelligents, qui ont perdu toute leur intelligence par suite de la débilitation progressive des facultés intellectuelles provoquée par la masturbation.

La question de l'onanisme est un des principaux arguments en faveur de l'éducation au sein de la famille. Nous avons entendu des hommes consciencieux, et même matériellement intéressés dans la direction des pensionnats, déclarer ouvertement qu'ils voudraient voir supprimer les pensionnats, — déclarer franchement que c'est aux parents à s'occuper plus intimement de leurs enfants. Nous ne doutons pas de la sincérité de cette opinion d'autant plus qu'on rencontre trop souvent dans les pensionnats des maîtres et des surveillants qui se laissent guider par des instincts contre nature et qui contribuent ainsi à la perversion de la jeunesse et à tromper la confiance que les parents placent en eux.

Puberté. L'époque de la puberté est une période capitale dans l'existence des garçons aussi bien que des filles dont le système nerveux offre quelque prédisposition à l'aliénation mentale. C'est une période de l'existence qui doit faire l'object de la préoccupation constante des parents et des éducateurs pendant une série d'années, spécialement pour les jeunes gens qui présentent quelque tare héréditaire. Il existe à la période de la puberté une inclination pour pécher par les extrêmes. Aussi est-il recommandable d'interdire les grandes fatigues physiques, les promenades prolongées, les jeux fatigants comme on interdira les excès de température, les grandes chaleurs aussi bien que les grands froids, spécialement chez les jeunes filles. Chez ces dernières les excès de température exercent très souvent une influence sur les pertes menstruelles, en les augmentant, en les diminuant ou même en les supprimant.

Pour ce qui concerne le travail intellectuel à l'époque de la puberté, on limitera strictement les études chez les personnes qui présentent de loin ou de près quelque prédisposition aux psychoses. — Le sommeil surtout mérite une attention toute spéciale, car tout sommeil constitue un élément réparateur; s'il est insuffisant, et notamment s'il est accompagné d'une insuffisance du repos du corps, il peut en résulter l'insomnie et celui-ci est souvent l'avertisseur, l'avant-coureur de quelque malheur psychique. Ce danger est bien plus grand chez la fille que chez le garçon qui très souvent ne se restent pas de cette période de transition; il y devient plus sensible lorsqu'il est parvenu à son complet développement c'est-à-dire vers l'âge de 29 ans. La jeune fille, au contraire, vers l'âge de 17 à 18 ans, est considérée généralement comme complètement développée. Il en résulte que pour les jeunes gens de deux sexes, c'est entre 17 et 29 ans que la surveillance devient plus importante parceque c'est vers cet âge que les incidents se présentent avec le plus de fréquence. C'est vers cette époque que les jeunes gens entament la partie la plus difficile de leur existence, qu'ils commencent réellement à vivre, qu'ils se trouvent devant le choix d'une profession. C'est encore vers cette époque que les affections s'allument et qu'ils se marrient le plus souvent. Et combien de personnes y a-t-il réellement à cet âge qui soient aptes à contracter un mariage, le mariage entraînant avec lui l'idée de pouvoir pourvoir à l'entretien de la vie matérielle! C'est à cette période que les personnes nerveuses et débiles, c'est-à-dire les prédisposés à l'aliénation mentale, subissent les résultats des excitations internes ou externes, que l'hystérie et la neurasthénie prennent naissance chez la fille et parfois chez l'homme. Les jeunes gens subissent en ce moment les conséquences de la nature de l'éducation qu'ils ont reçue et, s'ils sont nerveux ou prédisposés aux troubles psychiques, le moment devient suprème. L'intervention devient alors de toute nécessité. Les parents auront alors à les guider de leurs conseils; toute leur attention sera concentrée sur la manière dont ils auront à diriger les enfants vers une carrière en harmonie avec leur constitution psychique. Question bien difficile, qui réclame sans cesse de la part des parents ou des éducateurs cette préoccupation, qui leur dit d'être toujours et toujours sur leurs gardes et de préparer les jeunes prédisposés à vaincre le péril toujours menaçant.

Cette question des modifications que peut entraîner la période de la nubilité, chez la femme surtout, ne pourrait jamais trop préoccuper celui qui en a la direction. Beaucoup de travaux ont été écrits sur cette matière, mais ceux du Dr. Antonio Marro, médecin directeur du manicome de Turin peuvent être considérés comme les plus importants.

Alcoolisme. L'histoire de l'hérédité conduit à l'alcoolisme qui doit être considéré comme le principal facteur de la dégénérescence humaine, comme la principale cause de l'aliénation mentale. L'alcoolisme conduit les auteurs, unanimement à cette conclusion qu'il n'y a moyen de l'enrayer qu'un recommandant de s'abstenir totalement des liqueurs alcooliques.



Légion est le nombre de gens qui s'adonnent aux excès alcooliques. Nous les rencontrons dans toutes les classes de la société, aussi bien à l'hôpital que dans les classes privilégiées. L'alcoolisme ne constitue pas seulement un danger pour la production et la multiplication des maladies mentales, il est encore un danger public parcequ'il peut atteindre aussi bien les différentes fonctions du corps humain comme celles du cerveau.

La France comme la Belgique tiennent le record en cette matière. Les seuls bons effets de l'alcool c'est d'être un anesthétique qui diminue la sensation de la fatigue. S'il produit aussi une excitation cérébrale qui combat *momentanément* les peines morales, qui dissipe les chagrins en amenant une certaine gaieté factice qui le fait rechercher avec une certaine avidité pour ceux qui n'en connaissent pas les conséquences.

La croyance répandue dans le peuple que l'alcool donne de la force est une grosse erreur. *De nombreuses expériences l'ont prouvé dans ces dernières années. Jamais l'alcool n'a donné de la force à personne.* Les ouvriers qui croient que le régime de l'eau affaiblit, que l'alcool les soutient au travail, interprètent erronément le fait. Oui, la suppression de l'alcool, de l'excitant habituel provoque la faiblesse, mais il en est de même chez les morphinomanes chez qui la suppression de leur poison habituel les met dans un état pitoyable.

Ce qui est dit pour l'alcool s'applique à toute boisson alcoolique, aussi bien au vin qu'à tout autre boisson qui renferme l'alcool.

La civilisation qui s'est développée en dehors de la civilisation graeco-latine, celle des Arabes, ne connait pas l'alcoolisme ni les conséquences parceque le législateur et prophète Mahomet a défendu l'usage du vin.

L'alcool, a dit Gladstone, fait plus de ravages que les trois fléaux historiques: la famine, la peste et la guerre. Plus que la famine et la peste, il décime; plus que la guerre, il tue; l'alcool fait plus que tuer, il déshonore.

La famine est devenue rare. La science médicale vaincra la peste. La guerre est un fléau intermittent. Mais l'alcoolisme est un mal continu, dégradant. Certaines nations s'y soustraient par des remèdes énergiques, mais il faudrait aux autres nations un courage et une énergie analogues pour annihiler le plus grand ennemi de la terre! Vaincre l'alcoolisme, c'est réduire en majeure partie l'hérédité dans les maladies mentales et nerveuses; c'est réduire le nombre des asiles d'aliénes; c'est contribuer à la diminution de la population des prisons, à cette des dépots de mendicité, c'est réduire le paupérisme. Car on ne peut oublier qu'une énorme proportion de criminels, de mendiants, de pauvres est composée de dégénérés naturels et artificiels dont la responsabilité ne peut être égale à celle de l'homme sain n'abusant pas des spiritueux. Mais à côté de l'action déprimante de l'alcool on ne peut se passer de mentionner également son action délétère sur les autres parties du corps. Diminuer la consommation de cette boisson c'est donc également réduire la population des hôpitaux, des hospices pour vieillards et conséquemment vu l'augmentation des décès causés par ce poison on contribue indirectement à la diminution de la population des orphelinats, de la distribution des secours aux pauvres. Enfin c'est contribuer au peuple le bien être physique et moral, c'est rendre le bonheur à de nombreuses familles.

Le professeur Pelman, de Bonn, a fait une étude très intéressante sur l'*alcoolisme héréditaire*. Il a examiné les dégâts que celui-ci a produit dans une famille et mis en relief les secours qui ont été accordés à cette famille. Une nommée Ada Jurke, née en 1740, et décédée au commencement de ce siècle, fut une ancienne ivrogne, une voleuse et une vagabonde. Elle a laissé une progéniture composée de 834 personnes dont on a pu en poursuivre 709. Dans ce nombre il y a en

106 enfants naturels,
142 mendiants,
64 soutenus par la bienfaisance,
161 femmes s'adonnant à la prostitution,
76 criminels et parmi eux 7 assassins.

En 75 ans cette seule famille, par des calculs officiels, a coûté pour frais d'entretien, frais d'emprisonnement, dommages et intérêts, etc. une somme de 6 millions 250 mille francs!

Cette constatation mérite d'être signalée. Elle confirme l'importance de l'amélioration de l'éducation sociale au point de vue des finances des Etats. Tandis que beaucoup de gouvernements et d'autres institutions s'occupent de petites niaiseries sur le terrain de l'instruction et imposent ainsi des fardeaux insupportables aux éducateurs qui aiment le progrès, ils laissent intacts les grandes questions de l'éducation sur lesquels Morel, de Rouen, a appelé autrefois l'attention.

Il faut donc considérer comme un devoir de faire mention de ces exemples, de les porter à la

connaissance des législateurs. Depuis longtemps on aurait dû empêcher cette situation et y remédier avec vigneur en soignant davantage l'éducation publique, en protégeant mieux la jeunesse, surtout en réagissant, en faisant disparaître les priviléges des cabaretiers.

Un grand nombre de psychiatres, même parmi les plus célèbres, ont abandonné la prescription des vins et des spiritueux. D'autres praticiens ont fait sortir le ridicule de la prétention que les vins sont des toniques et déclarent nettement qu'ils sont plutôt nuisibles qu'utiles. Le Dr. Koch, qui a écrit des travaux splendides et immortels sur la dégénérescence et sur la prophylaxie des maladies mentales, insiste spécialement sur l'inutilité des vins en thérapeutique. Le Dr. Marandon de Montyel et le Dr. Toulouse, aliénistes célèbres en France, partagent absolument le même avis. Nous pourrions multiplier notablement le nombre de médecins qui refusent de croire à l'avantage des vins dans le traitement des maladies et qui déclarent que l'arsenal pharmaceutique dont ils disposent renferme assez de succédanés du vin, ayant la même action thérapeutique sans en avoir les inconvénients.

Les névropathes et les héréditaires montrent souvent une intolérance très grande pour les boissons alcooliques et, comme les névropathes sont actuellement très nombreux et qu'on compte parmi eux beaucoup de prédisposés à la folie, il est indispensable qu'ils s'abstiennent de toute boisson de cette nature. Ce qu'il importe de noter ici, en raison de l'objection que l'on pourrait faire à l'abstention des boissons spiritueuses pour les névropathes, c'est que beaucoup de ces prédisposés restent apparemment insensibles à l'alcool, tandis qu'en réalité ce toxique exerce sur eux des ravages inconscients contre lesquels on se trouve impuissant à une période déterminée de la maladie. On se trouve ainsi dans l'obligation de se montrer d'autant plus sévère dans la recommandation de l'abstention totale que l'on se trouvera en présence d'individus plus tarés au point de vue de l'affection névropathique. L'expérience journalière démontre que les générations issues des névropathes seront plus prédisposés à la folie à mesure que leurs ascendants auront usé ou abusé des boissons fortes.

C'est à partir du siècle dernier que la médecine, commençant à prendre un caractère scientifique, a entrepris sérieusement l'étude de l'alcoolisme. Légion est actuellement le nombre d'auteurs qui se sont occupés de cette question et, ***tous sans distinction sont unanimes pour en reconnaître le danger.*** Il est impossible de citer les noms de cette illustre phalange de travailleurs et de lutteurs qui voient dans l'alcoolisme une menace pour l'existence même des nations.

Le Dr. Debove, professeur à la faculté de médecine de Paris, a dressé le tableau comparatif de la consommation totale des boissons alcooliques. Les chiffres qu'il a fait connaître, représentent la quantité d'alcool à 100° par habitant:

France	14	litres,
Belgique	10,50	„
Allemagne	10,50	„
Iles britanniques . .	9,25	„
Suisse	8,75	„
Italie	6,60	„
Hollande	6,25	„
Etats-Unis	6,10	„
Suède	4,50	„
Norwége	3	„
Canada	2	„

(A suivre.)



Mittheilungen.

— **Berlin.** Am 29. December v. J. genehmigte der Magistrat mit einigen Abänderungen die Vorlage betr. Errichtung der neuen städtischen Irrenanstalt auf dem Rieselgute Buch, welche für 1500 Personen berechnet ist und deren Kosten incl. derjenigen für Wirthschafts- und Wohngebäude auf 9 800 000 Mk. veranschlagt sind.

— Bei Beginn der gegenwärtigen **Reichstagssession** verlautete, dass mehrere das Irrenwesen betreffende **Petitionen** dem hohen Hause vorgelegt worden, über die man zur Tagesordnung gegangen sei. Nach von uns beim Reichstagsbureau eingezogener Erkundigung handelt es sich aber nur um eine solche, nämlich die des praktischen Arztes Dr. med. C. Sturm in Berlin, betreffend reichsgesetzliche Maassregeln zur Bekämpfung und Verhütung von Nervenleiden. Die ca. 18 Spalten lange Petition enthält zunächst einige Ausführungen über die heutige Sucht der allopathischen Arzneibehandlung,*) gegen die er Stimmen mehr oder weniger berühmter Aerzte ins Feld führt, wie von Prof. Dr. Stevens (New-York), Prof. Dr. Clark, Dr. Bailie (London), Dr. Wurm,

*) Jedoch ohne dass von der Homöopathie in der Petition irgendwo die Rede wäre.



Dr. Schlesinger, Dr. Steudel, Dr. Smith (Marbach), Prof. His jun. (Leipzig), Prof. Dr. Rosenbach (Breslau). Als Beispiel, in welch' übertriebener Weise und um welchen minimalen Vortheils willen man dem Organismus giftige Arzneien einverleibt, druckt er Universitäts-Professor Ziehen's Beschreibung der Opium-Brombehandlung (nach einem Referat) aus der „Deutschen medicin. Presse“ vom 20. Decbr. 1898 ab.

St. giebt dann eine Darstellung der Entstehung der Nervenleiden aus der unrationellen Erziehung und Lebensweise, — wie die Nervosität der Menschen zum Alkoholismus, Morphinismus und Cocaïnismus, zum übermässigen Gebrauch von Schlafmitteln etc. führe, — wie man bei dem fortwährenden Wechsel der extremsten Theorien nun in das andere Extrem, in die Wasserbehandlung gerathen sei, von der Verf. auch nicht sehr gut denkt:

„Was die Wassercur anbetrifft, so ist dieselbe nichts anderes als Hautpflege. Diese kann den Körper zunächst beleben und dann von den der Haut zugeführten Abscheidungsstoffen reinigen. Die Belebung, d. h. Anregung, welche Sinne und Hirn von der Haut empfangen, vermag aber doch die kraftfördernde Uebung dieser Organe nicht zu ersetzen. Das wäre gerade so, als ob jemand starke Armmuskeln blos von kalten Abreibungen gewinnen wollte. Arm-Muskel schaffen nur Arm-Uebungen, und die kalten Abreibungen sind lediglich eine secundäre, beihelfende Anregung. Ohne gleichzeitige Organübung arten sie sogar in Ueberreizung aus. Wir erleben täglich, dass die Kaltwasserkur der mangelnden inneren Organpflege so schlecht bekommt, dass selbst die Laien sich von ihrer Schädlichkeit überzeugen und die Wasserplantscherei aufgeben. Es giebt allerdings Fanatiker, welche den Kelch des Leidens erst bis zur Neige kosten wollen. Oft genug müssen sie diese Neige im Irrenhause trinken.“ (Der obige Vergleich ist selbstverständlich nicht so ganz zutreffend.)

Verf. kommt dann zu den Geisteskrankheiten, die Zunahme der Irren werde immer mehr zur socialen Gefahr; er beklagt, dass man die Kranken erst ins Irrenhaus bringe, wenn sie gemeingefährlich, notorisch blödsinnig sind und das Gehirn tiefer organischer Zerstörung anheimgefallen ist.

„Die Art der Ideen muss erst womöglich in gemeingefährliche Grade ausarten; notorischer Blödsinn und tiefe organische Zerstörung müssen vorliegen. Dann öffnet das — Irrenhaus seine Thore. Findet er nun wenigstens hier Ruhe und Pflege des kranken Geistes? Wird hier die in meine „Ursachen der Nervosität“ niedergelegte Selbstbeobachtung (?) gelehrt, die zur Beruhigung des aufgeregten Geistes führt, zur Anregung der übrigen, mehr vernachlässigten Organe und schlieslich zu einer vernünftigen Beschäftigung des Geistes?

Dazu hat die moderne Irrenbehandlung vor allem gar keine Zeit. Denn die Anstalten sind derart überfüllt, dass das Behandlungspersonal erheblich vermehrt werden müsste, wenn Erspriessliches geleistet werden sollte. Zweitens findet der Kranke dort, statt einer psychologischen Behandlung, nur zu häufig mehr Gewaltsmittel, der Ausdruck der enormen Hülflosigkeit, in der sich die „Behandlung“ befindet.

Die Anwendung dieser Gewaltsmittel entspricht vor allem auch der Ueberzeugung von der angeblichen Unheilbarkeit der meisten Irren. Die entsetzliche Tragweite einer solchen „Ueberzeugung“ erhellt unter anderem aus den Darlegungen der einsichtigeren Allopathen, welche bereits gegen das herrschende System Front zu machen beginnen. So empfiehlt Dr. A. Erlenmeyer-Bendorf in seiner „Reorganisation des Irrenwesens“ (pag. 112 u. 113) eine mildere Behandlung der Irren, spricht davon, man soll ihnen die Ueberzeugung beibringen, dass sie Kranke seien, und meint damit, dass man sich überhaupt mit etwas mehr Mitgefühl in die Denk- und Sinnes-Art der betreffenden Kranken hineinleben solle. Er fährt dann fort:“ (folgt Abdruck der betreffenden Stellen).

Der Schluss lautet:

„Angesichts der voraufgeschilderten Verhältnisse ist es daher im Interesse der Allgemeinheit unbedingt nöthig, dass eine völlig unparteiische, auf keinerlei „Schule“ eingeschworene Reichscommission ganz objectiv die Mittel zur Verhütung und Beseitigung der Nervenleiden prüfe. — Soll sie aber wirklich Erfolg haben, so muss die objective, unparteiische Zusammensetzung dieser Reichsbehörde garantirt sein. Deshalb haben ihr ausser den staatlich zugezogenen oder freiwillig thätigen Privat-Aerzten auch hygienisch gebildete Laien anzugehören, z. B. Ingenieure, Architekten etc., welche unter Umständen den hier so nothwendigen, gesunden Menschenverstand in Schutz nehmen müssen.

Die Bestimmung der allein berechtigten Heilweise und die unparteiische Prüfung jedweden Vorschlags sichert

a) der Nation die Anwendung der besten Erkenntniss,
b) dem Erfinder die unparteiische Prüfung,
c) hindert sie das Herumprobieren mit lebensgefährlichen Giften an Kranken,
d) ermöglicht sie sofort ein Verbot der Pfuscherei und des Geheimmittelunwesens.

Dadurch wird auch mit einem Schlage die Heilkunde zu einer Wissenschaft erhoben.

Aus diesen Gründen beantrage ich,

„ein hoher Reichstag wolle beschliessen, die Reichsregierung zu ersuchen, die Einberufung einer Commission behufs Prüfung der Heilmittel, zunächst bei Nervenleiden, veranlassen zu wollen“.“

Als Anhang bringt Verf. ein Kapitel über „das psychologisch-diätetische Heilsystem“, spricht von einer naturgemässen Organpflege, welche durch Arzeneien nie und nimmer ersetzt werden kann, doch mehr in allgemeinen Wendungen, anstatt wie es bei einem aus so verschiedenen Volkskreisen sich zusammensetzenden Publikum, wie die Reichstagsabgeordneten es sind, nothwendig sich präcise auszudrücken; er bekämpft die sogen. Naturheilkunde,



die sich, mit etwas mehr Latein verquickt und weniger volksverständlich gemacht, auch „physikalisch-diätetische Heilmethode" nennt.

— In Nr. 1013 (28. December 1899) bringt die **„Kölnische Zeitung"**, nachdem sie den vom Tageserwerb der Anstaltsgeisteskranken handelnden Passus aus dem Aufsatze Dr. Oláh's (Nr. 38 dieser Wochenschrift) abgedruckt hat, folgende Bemerkungen zu dieser Angelegenheit: „Diese Ausführungen enthalten in der That eine recht beherzigenswerthe Mahnung. Jeder, der als Arzt mitten im Anstaltsleben steht, weiss davon zu berichten, bei wie vielen Kranken der Kummer um den Fortgang der häuslichen Verhältnisse, die er vielleicht in grösster Zerrüttung zurückgelassen, ja, zu deren Verschlechterung er möglicherweise durch sein Leiden selbst beigetragen hat, Tag und Nacht keinen frohen Gedanken aufkommen lässt, wie eben deshalb dem Heilungsprocess die allerwichtigste Grundlage, die Fernhaltung aller Geist und Nerven aufregenden Empfindungen und Gedanken entzogen wird; wie bei manchen Kranken dem Schuld- und Verfolgungswahn in der Sorge um die Angehörigen reichliche Nahrung zufliesst. Ist es all diesem gegenüber nicht grausam, dass der Kranke, der Genesende, der sich zwar, wie es heisst, zu seinem seelisch-hygieinischen Nutzen, aber in financieller Hinsicht doch zur Erleichterung der Lasten der Steuerzahler beschäftigt, ohne jedes Arbeitsverdienst bleibt, dass er nicht in die Lage versetzt ist, auch nur einen Pfennig seiner Frau, seinen Kindern zu schicken? Der gesammte Geldwerth der von den Insassen der Anstalten geleisteten Arbeit ist nicht so bedeutend, dass die Steuerzahler die durch den Ausfall desselben aus dem Anstaltsbudget bedingte Vermehrung ihrer Lasten fühlen würden; und wenn wir einen beliebigen Steuerzahler daraufhin anreden und fragen wollten, ob er wünscht, dass das Arbeitsverdienst bei der Anstalt als Einnahmeposten verrechnet wird, so wird er diesen Gedanken weit von sich weisen. Nichts weiter als eine unangebrachte Sparsamkeit der Anstaltsverwaltungen steht der Wohlthat im Wege, deren nach dieser Richtung so viele Geisteskranke bezw. deren Angehörige theilhaftig werden könnten. Wenn die Gefangenen und Zuchthäusler ihr Arbeitsverdienst bei der Entlassung ausgezahlt erhalten, warum haben die Kranken in den öffentlichen Irrenanstalten nicht ebenfalls ein Anrecht darauf? Es kommt denn auch recht oft vor, dass sich Geisteskranke lieber ins Zuchthaus wünschen, von wo aus sie in ihrem natürlichsten Gefühle, der Liebe zu den Ihrigen, der Fürsorge für sie wirksam sein und sich wenigstens den Kummer um die Noth der Angehörigen, soweit es in ihren Kräften, vom Leibe halten können; besonders solche Kranke, die, im Zuchthaus leidend geworden, nach der Irrenanstalt übersiedelten, fühlen diese Verschlimmerung sehr schmerzhaft und machen nicht oft (?) in Attentaten auf das Anstaltspersonal, in Anzettelung von Revolten ihrem Unwillen Luft. Der Staat hat für beide Kategorieen von Unglücklichen zu sorgen; es ist löblich, dass in der oben berührten Weise auf die Angehörigen der Gefangenen Rücksicht genommen wird. Aber aus dieser Bevorzugung der Gefangenen gegenüber den Geisteskranken, den in weit höherm Grade das Mitleid herausfordernden Stiefkindern der Gesellschaft, spricht eine Auffassung von der socialen Lage dieser Bedauernswerthen, die unserer an Wohlfahrtsbestrebungen so reichen Zeit durchaus unwürdig ist. Möge hierin bald ein Wandel geschehen!"

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

Zum Geheimen Sanitätsrath ernannt wurde Herr Sanitätsrath Dr. Puetter, Director der Provinzial-Irrenanstalt in Stralsund, zum Sanitätsrath Dr. Adler, II. Arzt der Provinzial-Irrenanstalt zu Schleswig.

Bücherschau.

Die wirksamsten hydriatischen Proceduren, ihre Anwendung mit besonderer Berücksichtigung der hydriatischen Behandlung von Infectionskrankheiten. Von Dr. Max Schlesinger. Pressburg, Commissionsverlag von C. Stampels Hofbuchhandlung. Preis 1 fl.

Das Anwachsen der hydrotherapeutischen Litteratur in den letzten Decennien und die breitspurige Behandlung dieses Gegenstandes, die kritiklose Anpreisung dieses Verfahrens einerseits, andererseits wieder die krasseste Leugnung eines jeden Erfolges, haben es verursacht, dass man ziemlich skeptisch ein jedes Buch zur Hand nimmt, welches über Hydrotherapie handelt. Das vorliegende Werk wird wohl Niemand ohne Interesse durchgelesen haben. In knapper, doch sehr leicht verständlicher Weise erörtert der Verfasser die ganze Technik der hydriatischen Proceduren und speciell die Kapitel über die Wirkungen des grossen Kältereizes und über den Einfluss der Halbbäder auf die Wärmeregulation sind besonders hervorzuheben, da sie die physiologische Erklärung der verschiedenen Wirkungen des Wassers versuchen und auch von uns Psychiatern mit Nutzen gelesen werden können. Wenn ich auch die Einführung der hydrotherapeutischen Behandlung der Infectionskranken in der Privatpraxis nicht so leicht durchführbar halte — wie es der Verfasser glaubt —, so bin ich doch der Ueberzeugung, dass speciell in Irrenanstalten, wo ja alle hydrotherapeutischen Behelfe zur Hand sind, in der Behandlung der ja so oft endemisch auftretenden Infectionskrankheiten, der Hydrotherapie ein grösserer Spielraum geschaffen werde. Zu diesem Behufe kann dieses Buch bestens empfohlen werden. (Es liegen ihm die Vorträge zu Grunde, welche Schlesinger im Auftrage des Sanitätschefs des k. und k. V. Corps den Militärärzten über dieses Thema gehalten hat.) Dr. Fischer (Pressburg).

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 42. 13. Januar 1900.

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

[Aus der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt Freiburg i. Schl.]

Ein Fall von Echinococcus des Gehirns, der Leber und des Bauchfells, nebst einer Bemerkung zur sogenannten Spätepilepsie.

Von Dr. *Krüger*.

Der folgende in hiesiger Anstalt zur allerdings nur terminalen Beobachtung und zur Section gekommene und mir zur Mittheilung überlassene Fall betrifft eine 51 Jahre alte Frau, die nach kurzem Aufenthalte in der Anstalt starb.

Aus der Anamnese ist zu erwähnen, dass die Kranke im April 1898 in das städtische Krankenhaus zu Schw. gebracht wurde, weil sie „umherlief und mit Niemand mehr sprach"; vorher war bei ihr ein derartiges Wesen nie zur Beobachtung gekommen und hatte sie bis dahin, frei von Krämpfen und geistigen Störungen, in voller Gesundheit ihr Tagewerk verrichtet. Nach kurzer Zeit wurde sie wieder entlassen. Einige Wochen nach der Entlassung wurde sie wegen epileptischer Krämpfe wieder in dasselbe Krankenhaus eingeliefert. Jedoch traten dort keine Krampfanfälle auf, so dass nach kurzer Zeit abermals ihre Entlassung erfolgte. Im April 1899 wurde sie wegen Krämpfe und geistiger Verblödung ins Schw. Armenhaus aufgenommen. Die inneren Organe wurden dort bei der Untersuchung als gesund befunden; Krampfanfälle traten täglich auf; die Sprache zeigte hochgradige artikulatorische Störung.

In hiesiger Anstalt hatte die Patientin sehr häufig auftretende Schwindelanfälle, so dass sie andauernd zu Bett liegen musste. Eine motorische Sprachstörung bestand nicht. Die wenigen Worte, welche sie sprach, wie: „guten Tag" — „mir geht es gut" u. a. m., gab sie in ganz verständlicher Sprache und unter gehöriger Artikulation der Laute von sich. Eine Untersuchung des geistigen Zustandes soweit vorzunehmen, dass man zu einer bestimmteren und Localdiagnose kommen konnte, war wegen der allgemeinen Verblödung und des alle seelischen Functionen gleichmässig betreffenden geistigen Verfalles nicht mehr möglich. Aus unten ausführlicher erwähnten Gründen und erst nach der Bekanntwerdung des übrigen körperlichen Befundes, also unabhängig von diesem, war intra vitam die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Gehirntumor gestellt worden.

Nach dem Tode der Kranken erfuhren wir von ihrer Schwester noch, dass die Verstorbene eine grosse Liebhaberin von Hunden gewesen sei.

Die Section ergab folgendes Bemerkenswerthe: Das grosse Netz ist mit dem Uterus in grösserer Ausdehnung verwachsen. In ersterem befindet sich links unter dem Rippenbogen ein fast faustgrosser, unregelmässiger Tumor, theils aus Cysten mit wasserklarem Inhalte bestehend, aus denen sich pflaumengrosse Echinococcusblasen entleeren, theils aus Höhlen mit massiven Wandungen, in welchen eine gallertartige Substanz sich befindet.

Die Leber, von entsprechender Grösse, zeigt leicht verwaschene Zeichnung und enthält an der Spitze des linken Lappens eine pflaumengrosse, kalkige Geschwulst.

Dicht oberhalb des nichts Pathologisches aufweisenden Uterus befindet sich mit diesem durch Netzspangen verwachsen und in die letzteren eingebettet ein Tumor, in der Grösse dem Kopfe eines Neugeborenen entsprechend, der sich prall gespannt anfühlt. Der Inhalt besteht aus gallertartiger, quarkiger Masse, dem Inhalte von Atheromen ähnlich; an den Wänden haften alte, in Verkalkung begriffene formlose Massen.



In der Gegend des linken Schläfenlappens ist die Dura mater mit der Pia verwachsen. Letztere ist im Bereiche des Gyrus angularis nur mit Substanzverlust der Rinde abziehbar, desgleichen am und unter dem Ende der Fossa Sylvii. Hier ist die Pia zu einer Membran verdickt, unter der sich Fluctuation fühlen lässt; letztere rührt von einer pflaumengrossen, bis in die Marksubstanz reichenden, mit wässerigem Inhalt gefüllten Cyste her; einige in der Umgebung befindliche Windungen sind in eine knorplich-kalkige Masse verwandelt.

Im Anschluss an den Sectionsbefund möchte ich folgende Punkte besprechen:

1. Wann hat die Echinococceninvasion stattgefunden?

a) in den Körper überhaupt?

b) in das Gehirn?

Die Neubildungen im Gehirn und in der Leber sind nach ihrer morphologischen Beschaffenheit von gleichem Alter; das Wachsthum des Echinococcus muss hier frühzeitig gehemmt worden und an Stelle dessen eine Verkalkung eingetreten sein. Bis April 1898 war die Kranke in Bezug auf das Gehirn absolut gesund. Wenn jene Neubildung schon früher dagewesen wäre, so musste sie, zumal dieselbe den Sitz der Worttaubheit oder sensorischen Aphasie mitinbegriffen hatte, greifbare Symptome machen. Dies war nicht der Fall. Die ersten Erscheinungen bestanden darin, dass die Kranke „umherlief und mit Niemand mehr sprach", welch' letzterer Umstand vielleicht auf die Entwicklung einer sensorischen Aphasie und deren Folgen für die Verständigung mit andern hinweist. Das Auftreten dieser Symptome berechtigt uns zu der Annahme, dass die Invasion in das Gehirn im Anfang des Jahres 1898 stattgefunden hat. Da die Leber der Lieblingssitz der Echinococcen ist und die Neubildung in dieser dieselbe Beschaffenheit wie die im Gehirn hat, so müssen wir annehmen, dass die Invasion in den Körper überhaupt zur selbigen Zeit erfolgt ist wie die in das Gehirn. Bestreitet man die Berechtigung dieser Annahme und behauptet man, dass die Geschwulst im Gehirn vor 1898 schon bestanden hat, so ist man an die noch viel grössere Unwahrscheinlichkeit zu glauben gezwungen, dass ein so ausgedehnter Herd an functionell so genau bestimmter Stelle des Gehirns weder in seiner Etablirung noch in seiner Weiterausdehnung keine Symptome gemacht habe, d. h. zu einer Zeit, in der sie am ehesten zu erwarten waren, wenigstens eher als in der Verkalkungsperiode der Echinococcusblasen.

2. Wie war der klinische Verlauf des Hirnleidens?

Die Gehirnkrankheit verlief unter einem ganz unbestimmten Bilde. Am meisten glich sie der primären dementen Paralyse mit früh einsetzenden Anfällen, doch fehlten hierzu ausgesprochene Lähmungserscheinungen, besonders, wie schon bemerkt, die motorische Sprachstörung. Obgleich Herdsymptome fehlten, Stauungspapille nicht bestand, so war doch die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Hirntumor intra vitam gestellt, theils per exclusionem. theils weil hier schon wiederholt die Erfahrung bestätigt worden war, dass in späteren Jahrzehnten auftretende Krämpfe, wenn toxische Einflüsse ausgeschlossen sind, in der Regel nicht auf idiopathische Epilepsie hindeuten, sondern auf ein organisches Hirnleiden. So fanden sich bei einer Kranken, die, 72 Jahre alt, seit dem 47. Lebensjahre an scheinbar idiopathischer Epilepsie litt, an der Innenfläche der Pia, in der Hirnrinde und dem Stammhirn zahlreiche ganz verkalkte und verwachsene Cysticerken, deren Beschaffenheit zu der Annahme führte, dass nicht mehr diese Neubildungen selbst die Krämpfe direct auslösen konnten, sondern dass sie nur noch in der Erzeugung und Zurücklassung einer „epileptischen Veränderung des Gehirns" weiter wirkten; insofern kann man dann allerdings auch in solchen Fällen noch von einer idiopathischen Epilepsie sprechen. Als Ursache der Krämpfe hatte man irrthümlicher Weise bei der Patientin die zahlreichen — 13 — Schwangerschaften angesehen.

Ein anderer Fall betraf eine 59 Jahre alte Frau, die seit dem 32. Lebensjahre an epileptischen Krämpfen litt, die sechs Wochen nach der zweiten Entbindung auftraten. Die Section ergab aber erbsen- bis kirsch- und haselnussgrosse verkalkte, theils kugelige, theils unregelmässige, mit einer derben Membran überzogene Einlagerungen — verkalkte Cysticerken — an verschiedenen Stellen der Grosshirnrinde; eine kirschgrosse Kalkgeschwulst im rechten Linsenkern, eine ebensolche im rechten Thalamus nahe der Oberfläche; ferner eine kleinere in der linken Kleinhirnrinde und schliesslich eine haselnussgrosse runde Kalkeinlagerung im Monticulus des Kleinhirnwurms.

Dass auch syphilitische Neubildungen des Gehirns das Bild der idiopathischen Epilepsie in späten Jahren noch erzeugen können, beweist folgender Fall: Bei einer 49jährigen Frau, die seit drei Jahren an epileptischen Krämpfen litt, welche theils auf Erkältung, theils auf einen Schlag, den Patientin auf den Kopf erhalten hatte, zurückgeführt wurden, fanden sich im rechten Stirnlappen, an den hinteren



Vierhügeln und in den linken seitlichen Theilen der Rautengrube luetische Neubildungen in Form von sulzigen Massen, die mit wässerigen Cysten durchsetzt waren.

Der Fall von Echinococcus ist also wieder ein Beweis für die Richtigkeit unserer obigen Annahme. Der Tumor im Gehirn muss in der Weise zum Tode geführt haben, dass er einen chronischen Reiz auf dasselbe ausgeübt hat, ähnlich dem, der oft von Narben des Gehirns und seiner Häute hervorgerufen wird, theils direct, theils durch Erzeugung eines gesteigerten Druckes; der dauernde Reiz und abnorme Druck haben dann allmählich eine Lähmung der Gehirnfunction bewirkt.

Klinische Herdsymptome liessen sich aus dem Bilde der schnell eingetretenen allgemeinen Verblödung, wie gesagt, nicht herausschälen.

Zum Schluss möchte ich noch einige Worte über die Diagnose des Netzechinococcus unseres Falles hinzufügen. Was zunächst den Tumor in der Regio hypochondriaca sinistra betraf, so war derselbe mit den Bauchdecken nicht verwachsen und zeigte eine so unregelmässige Oberfläche, dass man, dem Sitze und der Grösse nach zu urtheilen, zu dem Schlusse kommen musste, ihn für Kothballen zu halten, zumal für die Richtigkeit dieser Diagnose noch der Umstand sprach, dass Stuhlgang nur auf Einguss erfolgte. Der Appetit der Kranken war ungestört ein guter. Primäre Neubildungen kommen im Peritoneum immerhin selten vor und würden nicht so symptomlos verlaufen sein, wie es bei unserer Patientin der Fall gewesen ist.

Die Geschwulst oberhalb des Uterus im kleinen Becken war in der Weise mit dem letzteren verwachsen, dass man zu der Diagnose einer gestielten Neubildung, ausgehend vom Uterus, berechtigt war, da Symptome, welche auf Beziehungen derselben zu anderen Organen hinwiesen, nicht vorhanden waren; Beschwerden hatte sie der blöden Kranken anscheinend nicht gemacht.



La prophylaxie des maladies mentales au point de vue social.

Par le Dr. *Jul. Morel*, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de l'Etat, Mons.

(Suite.)

Le même auteur cite un point de vue très inquiétant pour la France et la Belgique. Tandis que dans beaucoup d'autres pays, la consommation de l'alcool diminue, dans ces deux pays elle suit une marche croissante.

Ainsi, tandis qu'en France elle était en 1830 de 1 litre et 1 dixième d'alcool à 100°, en 1898 elle était de 4 litres 54. En Belgique, elle était en 1835 de 3,6 litres, en 1894 de 4,57 litres.

En Hollande, . .	en 1876	de 6	litres,
	„ 1891	„ 4,4	„
„ Iles britanniques,	„ 1852	„ 2,8	„
	„ 1894	„ 2,2	„
„ Italie, ...	„ 1880	„ 0,85	„
	„ 1891	„ 0,35	„
„ Allemagne, . .	„ 1887	„ 8,2	„
	„ 1894	„ 4,4	„
„ Suisse, ...	„ 1878	„ 5,2	„
	„ 1894	„ 2,9	„
„ Etats-Unis, . .	„ 1860	„ 5,75	„
	„ 1893	„ 2,85	„

Le nombre des cabarets en France était de 281 000 en 1830; en 1897, il était de 500 000.

Nous avons suffisamment insisté sur la toxicité de l'alcool et de son action sur le cerveau et les autres parties du corps. L'étude de cette toxicité ne s'est pas limité au corps médical. Elle est comprise encore par les compagnies d'assurances.

Mr. Jaquet, de Bâle, dans un travail sur les compagnies d'assurances anglaises, constate que trois de ces compagnies contre le chômage pour cause de maladie, ont eu, de 1884 à 1889, une moyenne de 26 semaines de maladie par individu, tandis que la caisse des „*Sons of temperance*", société qui ne reçoit que des abstinents, n'a eu dans le même espace de temps que 7 semaines de maladie par individu; cette différence est énorme si l'on songe que les trois premières compagnies ne se recrutaient pas exclusivement parmi les intempérants.

Ces heureuses différences se rencontrent encore dans certaines compagnies anglaises sur la vie qui font une différence entre la section de tempérance et la section générale. La prime est de 28 p. 100 moins forte pour les abstinents que pour les autres.

Ces chiffres ont une valeur parcequ'une bonne part de ces constatations peut être invoquée en faveur de l'alcool comme agent de dégénérescence.

Pour ce qui concerne la proportion des aliénés par alcoolisme, on ne peut invoquer les statistiques belges qui, à ce sujet, ne méritent guère beaucoup



de confiance. La France mentionne une proportion de 38 p. 100 chez l'homme et de 12 p. 100 chez la femme. Il est évident que c'est là une proportion minima, beaucoup de cas d'alcoolisme ne faisant pas l'objet d'une mention officielle. En effet, combien n'y a-t-il pas d'alcooliques qui présentent des troubles mentaux, sans qu'ils soient confiés à un asile; combien n'y a-t-il pas d'aliénés alcooliques qui sans l'influence de la boisson sont devenus brutaux, querelleurs, colères, malfaisants, mais dont les troubles ne sont pas jugés suffisamment importants pour conclure à la nécessité d'une collocation. Tous ces aliénés alcooliques ne figurent pas dans les statistiques, comme trop souvent on oublie de mentionner les dégénérés alcooliques des prisons, des dépôts de mendicité.

Combien de ces sujets n'auraient pas pu échapper à leur triste destinée, si l'alcool n'avait diminué la force de résistance de leur système nerveux! Si la boisson ne les a pas mené à la folie, il n'y a aucun doute qu'il a fait subire aux ivrognes une déchéance mentale qu'ils transmettront à leur progéniture sous forme d'imbecillité, d'idiotie, de folie morale, d'hystérie, d'épilepsie, d'ivrognerie future, de criminalité, etc. C'est assez dire que la lutte contre l'ivrognerie constitue le moyen prophylactique le plus sur, non seulement contre ces différentes espèces d'aliénation mentale, mais encore contre différentes autres maladies somatiques, la criminalité, le vagabondage et la mendicité.

Les constatations criminelles faites en Belgique et en France contrastent singulièrement avec les statistiques des pays où l'alcoolisme est en décroissance:

En Suède, de 1830 à 1834, la consommation annuelle d'alcool étant de 23 litres par tête, il y a eu 59 homicides et 2281 vols. — De 1875 à 1878, la consommation annuelle étant réduite à 5,5 litres, il y a eu 18 homicides et 1871 vols.

En Norwége, en 1844, on consommait par tête 5 litres; il y eut 294 délits par 100 000 habitants; en 1876, la consommation étant réduite à 2 litres, il n'y eut plus que 180 délits.

La Suède et la Norwége prouvent conséquemment combien la réduction de l'alcoolisme a réduit la criminalité. L'aliénation mentale et les autres maladies et vices dûs à l'alcool y ont également subi une proportion décroissante. Nous regrettons de ne pouvoir la représenter par des chiffres.

Aussi l'hérédité produite par l'alcoolisme n'a-t-elle pas été seulement découverte par les médecins. Avant eux les moralistes n'y voyaient qu'un mauvais exemple donné par les ascendants. Aujourd'hui l'hérédité physiologique est devenu indiscutable.

Le professeur Debove le proclame bien haut. L'alcoolisme use la race par les deux bouts, en augmentant la mortalité et en diminuant la natalité, ou en ne produisant que des dégénérés. Sa conviction est appuyée par des chiffres irréfutables, en citant des pays où l'augmentation de la population est très prospère.

La Norwége	double	sa	population	en	51	ans,
l'Autriche	„	„	„	„	62	„
le Danemark	„	„	„	„	73	„
la Suède	„	„	„	„	89	„
l'Allemagne	„	„	„	„	98	„

Tandis qu'à la France il faut attendre 334 ans!

Le professeur Debove se demande *quels sont les remèdes à opposer à cet affreux mal?*

Ce sont d'abord les conseils donnés individuellement à ceux qui veulent bien les écouter, puis les moyens coercitifs plus ou moins applicables à tout le peuple.

On ne saurait trop approuver la sagesse de ceux qui se contentent de boire de l'eau pure. Mais si on ne possède pas cette vertu, on peut boire des boissons hygiéniques, le lait bouilli, le café, le thé.

Quoiqu'on en dise, il n'est pas possible de déterminer la quantité d'alcool qu'on peut boire impunément. D'abord, il faut tenir compte des susceptibilités individuelles; ce qui est apparemment inoffensif pour l'un est un abus pour l'autre. Il est difficile de dire quand la quantité est inoffensive car, un léger excès qui peut passer inaperçu, peut, même s'il n'agit pas sur le cerveau, exposer d'autres parties du corps aux plus graves conséquences.

Déjà beaucoup de médecins boivent de l'eau et il est établi que dans les banquets de médecins la consommation n'y est généralement que de la moitié dans les autres banquets. Beaucoup de médecins ont réduit la quantité d'alcool et de vin dans leurs prescriptions (vins ordinaires, vins de quinquina, potions de Todd, etc.); ils ne recommandent plus tant le vin et la bière aux nourrices.

L'alcoolisme pouvant être considéré comme une des causes capitales de l'aliénation mentale et de la dégénérescence humaine, c'est contre lui qu'on doit opérer une levée en masse et réunir tous les élements qui peuvent contribuer à l'anéantir. Aussi les sociétés contre les abus des boissons alcooliques ont-ils eu

grande raison de recourir à cette noble créature qui, jusqu'aujourdhui, a pu lutter avec le plus d'énergie contre poison du corps et de l'esprit. En Hollande, le Dr. Nuysch, inspecteur des asiles d'aliénés et en Belgique, L. Franck se sont faits les vaillants champions de la noble cause pour faire ***un appel à la femme*** et lui faire comprendre la grande part qu'elle peut prendre dans la réforme sociale en contribuant à la lutte contre l'alcoolisme.

En Amérique, en Angleterre, en Danemark, en Suisse, on a trouvé de nombreuses femmes au coeur généreux qui ont entamé la lutte; il importe que les autres pays civilisés suivent ce bel exemple. La femme peut agir comme nièce, comme soeur, comme amie. De son foyer qu'elle relevera par l'ordre et la propreté, elle essaiera de faire un centre d'attractions pour son mari, les enfants, les amis; elle s'associera les amis de sa famille et spécialement ceux qui se caractérisent par une vie bien réglée; elle mettra tout en oeuvre pour convaincre les membres de sa famille et ses connaissances qui abusent ou menacent d'abuser des boissons alcooliques et, en cas d'insuccès et de désespoir, elle abandonnera ceux envers qui elle n'a aucune obligation spéciale.

Par sa position sociale, la femme peut non seulement exercer une très grande influence sur sa famille, mais encore au cas où l'hérédité aurait frappé ses enfants, elle pourra, par une éducation soignée aidée de l'abstinence totale des boissons alcooliques, réduire l'état de dégénérescence, améliorer les fonctions intellectuelles et morales de ceux qui lui sont chers.

La femme se trouve ainsi bien en position pour remplir le rôle d'ange protecteur capable de couvrir de ses ailes bien des malheureux et leur montrer le chemin du bonheur et du salut.

L'alcoolisme étant un danger public, il faut pour le combattre des moyens publics, c'est-à-dire des lois et des réformes pour réagir et lutter.

On a proposé d'élever jusqu'à l'exagération les droits sur l'alcool, — d'augmenter les prix des licences des cabaretiers, de limiter le nombre des cabarets, de ne permettre que la vente des boissons hygiéniques. Aucune de ces réformes n'a pu aboutir jusqu'ici. Les élégibles comme les électeurs ont intérêt à maintenir le status quo. Le Dr. Legrain a démontré, chiffre en mains, qu'en France il y a environ 4 millions d'habitants qui tirent un bénéfice du commerce des boissons alcooliques. Ces 4 millions d'alcoolisateurs s'entendent donc admirablement avec les autres millions d'alcooliques dont le plus cher désir est plutôt de nourrir leur mal que de se faire guérir!

Le moment n'est pas venu de faire une loi radicale contre l'alcoolisme. Il faut préparer les populations par des ***écrits populaires***, par des conférences. Il faut ***pénétrer dans le public*** avant de sonner à la porte du législateur. La lutte contre l'alcoolisme doit faire partie des programmes politiques, car tous les partis accepteront cet article lorsque la foule aura compris le danger permanent et destructeur du fléau. Il faut que les médecins et les hommes politiques fassent connaître bien haut leur opinion, qu'il y ait une unanimité, et qu'ils réclament d'urgence d'abord les moyens qui auraient pour but de restreindre les consommateurs de boissons alcooliques et ensuite ils doivent contribuer à n'autoriser que les boissons alcooliques absolument pures.

La discussion de ces deux mesures nous entraînerait trop loin.

L'histoire nous apprend qu'il n'est pas irraisonnable de triompher d'un vice par des suggestions — et la condamnation à une peine légale en est une des plus puissantes. Il faudrait que la loi autorise la déchéance du père ou de la mère ivrogne; ce serait là une mesure de protection sociale d'une utilité incontestable et qui ferait refléctir bien des parents. En attendant ces mesures législatives les sociétés de tempérance font un bien énorme. Dans plusieurs pays de l'Europe leur nombre et leur influence s'accentuent de jour en jour et ces croisades ne sont pas sur le point de finir. Il faut secouer l'indifférence de ceux qui peuvent montrer le bon exemple dans les meilleures classes de la société. La classe inférieure ne tardera pas à suivre.

Le Dr. Joffroy qui s'est occupé de la question des alcooliques, divise ceux-ci en plusieurs catégories. Une catégorie de buveurs simples, ne présentant aucun trouble mental, aucune lésion viscérale grosse. Valides, ils devraient être secourus par un mode d'assistance qui utiliserait leur activité. Pour eux, il faudrait des ***maisons d'abstinence et de travail.*** C'est parmi ces malades qu'on rencontrerait le plus grand nombre de prosélytes qui, une fois guéris, iraient porter les bonnes paroles au-dehors.

La deuxième catégorie comprendrait les alcooliques atteints de troubles mentaux et ceux qui souffrent de lésions de l'estomac, du foie, des reins, du coeur. On devrait confier les premiers à des ***asiles d'abstinence***, les autres à des ***hôpitaux d'abstinence.*** Joffroy, le célèbre professeur de la faculté de médecine de



Paris, ne recommande pas d'envoyer tous les alcooliques aliénés dans un asile spécial; il préférerait confier les incurables, les paralytiques généraux et déments dans les asiles d'aliénés afin de ne pas encombrer, sans profit, les maisons spéciales de buveurs.

Le Dr. Sérieux préférerait réunir tous les alcooliques dans un seul établissement, à la condition de les classer suivant leur état mental et physique, même suivant leur rang social, dans des pavillons spéciaux.

Le Dr. Toulouse, dans son excellent livre sur „les causes de la folie" se borne à recommander, comme condition d'admission dans un établissement spécial, l'absence de troubles intellectuels ou leur cessation. Cette mesure paraît tout d'abord étrange, dit l'auteur, et cependant si l'on refléctit bien à ceci, que le but de ces maisons est essentiellement de corriger des habitudes alcooliques, il importe d'entreprendre cette oeuvre dans les meilleurs conditions possibles. C'est pour cela que la plupart des auteurs sont d'accord sur ce principe que les troubles provoqués par l'alcool sont curables. Mais dans ce cas il est bien plus simple d'attendre qu'ils soient guéris. Lorsqu'un individu est atteint de délire alcoolique subaigu, il est sequestré. On le soumet à l'asile d'aliénés à un régime d'abstinence qui n'est pas aussi rigoureux qu'il le sera dans un asile d'abstinence, mais qui est suffisant pour lui permettre de redevenir sain d'esprit, si cette terminaison de la maladie, étant donné la constitution cérébrale, est possible. Notez que tout qu'il délire, il reste le plus souvent au quartier, où il peut difficilement se procurer des boissons alcooliques, assez tout au moins pour entretenir son mal. S'il est guéri, c'est le moment de l'envoyer dans un asile spécial où il sera abstinent et où il apprendra à l'être désormais, ce qui l'assure contre les rechutes futures.

L'asile pour abstinents, a dit le Dr. Magnan, doit être une tribune de suggestion. Le médecin et ses aides, les employés et les infirmiers doivent donner l'exemple et ne boire, eux aussi, que de l'eau. Il est important que pas une note discordante, pas une raillerie, d'où qu'elle vienne, n'entravent l'action du traitement. La lecture des journaux, les conversations, les conférences, doit être mis en oeuvre pour frapper les esprits des malades et les raffermir dans leurs bonnes résolutions. Et lorsqu'il sortent, le traitement commencé n'est pas fini. Il appartient alors à une institution charitable de les secourir, de les aider, de les surveiller. Le Dr. Toulouse dans son travail suggère encore une série d'idées au sujet du traitement des alcooliques.

Sentiments religieux. Pour les enfants nerveux ou tarés par la dégénérescence l'éducation religieuse doit être conduite modérément, aussi bien chez les garçons que chez les filles. Trop souvent certains enfants, à un moment où l'intelligence et le jugement sont encore loin de se rapprocher du perfectionnement des facultés mentales, sont surnourris d'exercices spirituels et on dirige leurs facultés vers un point donné, négligeant l'enseignement des sciences exactes, l'enseignement des autres devoirs auxquels tout homme est appelé. D'une manière générale l'éducation doit se faire dans les différentes directions que l'homme a à parcourir ici bas pour prendre dignement la place qu'il aura à occuper dans la société. Toute éducation faite insuffisamment dans une direction donnée, rend l'homme incomplet, malheureux et prédisposé aux inconvénients qui résultent de l'imperfection dans l'éducation des sens, et bien souvent le resserrement des limites de l'éducation a troublé le système nerveux à maint homme. Les asiles d'aliénés comptent nombre de ce genre de victimes.

La religion doit être enseignée pratiquement et ne pas être introspective. Beaucoup de personnes se troublent le cerveau de raisonnements qu'elles ne savent pas suivre; elles s'en sentent souvent incommodées et incommodent parfois autrui en l'obligeant de contribuer à trouver des solutions impossibles. Il n'est pas rare de rencontrer dans les asiles d'aliénés même des religieux qui ont troublé leur cerveau par des pratiques inclusives ou par la recherche de solutions qui sont au dessus de la portée de l'homme. Ces victimes par excès en sentiments religieux sont pour la plupart réduites à l'incurabilité.

Choix d'une carrière. Les jeunes gens arrivent progressivement à un âge qui réclame une certaine préoccupation: le choix d'une carrière, d'une profession. Les jeunes filles, d'une manière générale, s'en montrent moins préoccupées, mais cette préoccupation augmente sensiblement si les parents montrent de l'insouciance et ne guident pas les enfants dans le choix à faire. Souvent par la force des circonstances, une heureuse situation des parents fait lever toute difficulté. Mais dans les cas contraires, et ils sont fort nombreux, que faire pour les enfants pour leur vie future? Le choix n'offre guère des difficultés si les jeunes gens sont bien conformés au point de vue physique et mental s'ils

possèdent une dose de jugement suffisante, s'ils comprennent par eux-mêmes qu'ils doivent contribuer à leur bonheur. Mais si une tare héréditaire quelconque ou une tare acquise existe, le choix devient difficile et réclame toute l'attention non seulement des parents et des éducateurs mais encore de la personne intéressée.

Pour les névropathes ou les enfants ou jeunes gens qui portent le germe de l'aliénation mentale, toute profession qui entraîne avec elle de grandes responsabilités, doit-être déconseillée. Dans le choix d'une carrière il s'agit de songer plus à l'avenir et aux obstacles à rencontrer qu'au temps présent. Trop souvent on a vu succomber des hommes qui ne présentaient pas un système nerveux suffisamment résistant pour lutter contre les intempéries de la profession. L'homme réellement nerveux doit faire choix d'une position qui lui permette un certain nombre d'heures de repos par jour afin de permettre à son système nerveux de se remettre chaque jour de ses fatigues.

Mariage. Le mariage constitue un autre point très important dans la question de la prophylaxie de la folie. Que de jeunes gens, ne consultant que leurs propres sentiments se laisser aller à une union sans songer aux conséquences qu'ils auront à rencontrer dans leur vie future. Ils ne consultent très souvent ni leurs parents, ni leur famille, moins encore leur médecin! Et dans ces cas où leur avis est réclamé, trop souvent cette demande en intervention est trop tardive ou devenue inutile; encore bien des fois tout avis contraire est pris de mauvaise part. — Ce serait une erreur de croire qu'il faille déconseiller le mariage à toute personne qui compte ou qui a compté des aliénés dans sa famille. Dans ces circonstances il y a un raisonnement sérieux à faire et il importe beaucoup qu'un médecin intelligent habitué à l'examen psychologique, soit mis au courant de la situation et exprime son opinion personnelle. Trop souvent il arrive que les personnes nerveuses portent leur choix sur des personnes de même tempérament, ou qu'elles préfèrent un membre de leur famille à des étrangers qu'elles ne connaissent pas et dont elles n'osent se rapprocher. Ce danger augmente si les cousins ont à leur tour des parents qui ont été éprouvés par l'aliénation mentale. Tout membre de famille névropathique qui désire contracter une union, doit jouir d'une bonne santé et s'unir à une personne dont la santé ne laisse rien à désirer et qui ne possède dans sa famille aucun membre sur qui pèse un trouble nerveux sérieux ou une dégénérescence mentale. Une fille névropathe ne pourrait s'unir qu'à un homme qui ait une bonne position ou des ressources suffisantes, permettant d'exclure pour l'avenir toute source de préoccupations et d'anxiétés qui pourraient intéresser la vie matérielle. On ne constate que trop souvent dans les asiles que l'obligation de devoir trop songer aux intérêts matériels de l'existence déprime l'homme qui subirait avec facilité les contre-coups du struggle for life s'il était né ou s'il avait pu vivre constamment dans des conditions normales.

(A suivre.)



Mittheilungen.

— **Der Vorstand des Vereins deutscher Irrenärzte** veröffentlicht in der Allgem. Zeitschr. f. Psych. seine vorläufige Einladung zur Jahressitzung in Frankfurt a. M. am 20. und 21. April 1900. Tagesordnung:

1. Die Prognostik der Geistesstörungen in Bezug auf § 1569 des Bürgerlichen Gesetzbuches (Ehescheidung). Ref.: Director Dr. Kreuser-Schussenried. Corref.: Prof. Dr. van Calker-Strassburg.

2. Ueber den heutigen Stand der Lehre von der Betheiligung des Rückenmarks bei der allgemeinen Paralyse. Ref.: Prof. Dr. Fürstner-Strassburg.

Es wird gebeten, Vorträge bei einem der Vorstandsmitglieder bis 1. März 1900 anzumelden.

Das Local-Comité haben die Herren Sioli und Alzheimer-Frankfurt a. M. übernommen.

— **Die diesjährige Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte** findet vom 17. bis 21. September in Aachen statt.

— **Die Irrenpflege in Victoria** (Australien). Die englische Colonie Victoria dürfte gegen 1 600 000 Einwohner zählen. Die Zahl der amtlich bekannten Geisteskranken betrug gegen Ende 1898 4397 (2302 m., 2095 w.) gegen 4346 im Jahre 1897. Dieselben sind in sechs Irrenanstalten und einer Idiotenanstalt untergebracht. Von den 916 im Jahre 1898 Aufgenommenen schieden 863 aus und zwar: 235 geheilt (= 32,6 %), 63 gebessert (= 8,75 % der Aufnahmen), ungeheilt 199; durch Tod 366 (= 8,84 % der Verpflegten). — Beschäftigt waren



im Jahre 1898 2555 Insassen. Die gesammten Ausgaben betrugen 1898 113 897 £, pro Kopf und Woche 10 s 2 d. — Epidemien kamen (bis auf Masern in der Idiotenanstalt) nicht vor.

Die Zahl der Aufnahmen verhielt sich zur Gesammtbevölkerung wie 1:1653, günstiger als 1897, wo das Verhältniss 1:1526 war; auf 268 Gesunde kommt 1898 ein Geisteskranker, 1897 auf 271 einer; dieses Ansteigen, trotz einer so geringen Zunahme der Geisteskranken (51 im Jahre), erklärt sich aus einem Rückgang der Bevölkerung (— 758 gegen 1897).

Dreimal ereignete sich eine tödtliche Verletzung; die gerichtliche Untersuchung konnte keinen Anstaltsbeamten haftbar machen; an Selbstmorden kamen ebenfalls drei vor; auch hier wurde kein Schuldig ausgesprochen.

Sehr ausgedehnter Gebrauch wird von Beurlaubungen gemacht; Ende December 1897 waren 183 Kranke beurlaubt, 1898 kamen dazu 390 weitere — gebesserte, doch nicht ganz geheilte Insassen. Sie stehen ausserhalb der Anstalt unter der Aufsicht unbesoldeter Pfleger (unpaid guardians); eigentliche Familienpflege hat sich bisher wenig eingebürgert; es finden sich für solche Kranke, die sich nicht durch Arbeit genügend nützlich machen können, nur wenige Pfleger. Für Epileptiker beabsichtigt man in Ballarat eine besondere Anstalt zu bauen.

Der durchschnittliche jährliche Zuwachs von Kranken betrug in den letzten 10 Jahren 76 und man nimmt daher an, dass die Ausgaben jährlich um 10 000 £ erhöht werden müssen. — Es finden jedes Jahr Conferenzen statt zwischen dem Inspector of Lunatic Asylums und den Anstaltsleitern. — Unterricht und Prüfung des Personals.

Privatanstalten für Geisteskranke giebt es in Victoria nicht. (Aus dem amtl. Bericht des Inspector of Lunatic Asylums, J. V. Mc Creery-Melbourne.)

— Zur Errichtung von **Fortbildungscursen in der Psychiatrie** für Regierungsmedicinalräthe und Kreisärzte sind im neuen Etat des preuss. Cultusministeriums 40 000 Mk. angewiesen.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

— Geheimer Rath III. Kl. Dr. Schüle, Director in Illenau, wurde zum Geheimen Rath II. Kl., Professor Dr. Emminghaus in Freiburg zum Hofrath, Dr. Nadler, Dr. Feldbausch in Emmendingen zu Medicinalräthen, Dr. Oster, Dr. Fischer in Illenau, Dr. Barbo in Pforzheim zu Oberärzten ernannt. Der Director der Anstalt Emmendingen, Medicinalrath Dr. Haardt, erhielt das Ritterkreuz I. Kl. vom Zähringer Löwen, die Oberwärterin in Illenau, Fräulein Sophie von Langsdorff, das Verdienstkreuz vom Zähringer Löwen.

— Stephansfeld. Assistenzarzt Dr. Paul Bernhardt trat am 1. Januar aus und verzog nach Berlin. Ihn ersetzte Dr. Seiler aus Eichtersheim (Baden).

— Aus Allenberg kommt die traurige Nachricht, dass am 10. d. M. der Director der dortigen Anstalt, Dr. Wilhelm Sommer, an Leberkrebs gestorben ist.

Bücherschau.

Psychiatrische Bemerkungen zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Von Privatdoc. Dr. med. Ernst Schultze in Bonn. (Archiv f. Bürgerl. Recht, Bd. XVII. Nr. 1.)

Nachdem Verfasser die ärztliche Auffassung von Bewusstlosigkeit und selbstverschuldeter Trunkenheit dem Juristen erläutert, nimmt er ausführlicher Stellung zum § 832 B.G.-B.: Schadensersatzpflicht des Anstaltsarztes für die Handlungen der seiner Aufsicht unterstellten Geisteskranken. Zwar genügt es ja noch nicht zur Verurtheilung, wenn der Thatbestand mit Bezug auf die Rechtsverletzung durch den Geisteskranken und auf die Verpflichtung zur Aufsichtsführung festgestellt ist; denn die Ersatzpflicht tritt nicht ein, wenn der Anstaltsarzt seiner Aufsichtspflicht genügt, oder wenn der Schaden auch bei gehöriger Aufsichtsführung entstanden sein würde. Immerhin aber ist die Besorgniss nicht ganz von der Hand zu weisen, dass eine zu rigorose Anwendung dieses Paragraphen die in den letzten Jahrzehnten gemachten Fortschritte der Irrenpflege in Frage stellen könnte. Dieser Gefahr würde auf zweifache Weise vorgebeugt werden können, 1. dadurch, dass die Direction einer Irrenanstalt, besonders einer Privatanstalt, sich in irgend eine der vielen heute bestehenden Haftpflicht-Versicherungs-Gesellschaften einkauft; 2. dadurch, dass man in der Unterbringung von geisteskranken Verbrechern in besonderen Bewahranstalten weiter vorgeht. Von den Angehörigen, die den Kranken gegen ärztliches Widerrathen aus der Anstalt nehmen, einen Revers sich ausstellen zu lassen, dass sie die fernere Verantwortung tragen, wird auch hier empfohlen. Mit Recht weist S. auf das Dilemma hin, in welches die Frage der Heilung einerseits, die Rücksicht auf § 832 andererseits den Arzt z. B. gegenüber den Fällen von Melancholie treibt, bei welchen das Heimweh (das gar nicht einmal krankhaft zu sein braucht) die völlige Genesung direct verhindert.

Zur Besprechung eingegangen:

Rapport sur la colonie familiale de Dun-sur-Auron. Von Dr. Marie, Directeur-médecin chef de la colonie. 1899. Montévrain. 75 S.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 43. 20. Januar **1900.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Zur Spätepilepsie.

Von *J. Bresler.*

Unsere Kenntniss von der Häufigkeit, mit welcher die sogenannte idiopathische Epilepsie in den späteren Lebensaltern auftritt, basirt noch zu einseitig auf dem Boden klinischer Beobachtungen, und rein anamnestischer Mittheilungen, als dass man diese Frage für erledigt erachten dürfte. Nur von einer grösseren Zahl von Sectionen solcher an Epilepsie Gestorbener, welche das Leiden erst nach der Pubertät acquirirt haben, dürfte ein Aufschluss zu erwarten sein. Es wird sich dann herausstellen, einen wie grossen Procentsatz der Spätepilepsie solche organische Hirnleiden bilden, welche unter dem Bilde der einfachen Fallsucht verlaufen, d. h. der idiopathischen oder derjenigen, für welche keine greifbare Ursache bekannt ist und die man wohl besser als constitutionelle bezeichnet.

Wenn hier die Spätepilepsie als schon in der Zeit nach der Pubertät beginnend aufgefasst wird, so führt dazu ein Vergleich dieser Neurose mit der Anämie; wie der Chlorose als der Bluterkrankung des Pubertätsalters die idiopathische constitutionelle Epilepsie gegenübersteht, so der erworbenen, secundären Epilepsie die erworbene, durch äussere Schädlichkeiten bedingte bezw. secundäre Anämie. Indem ich es unterlasse, auf die einzelnen Ursachen der letzteren Form der Epilepsie einzugehen; — soweit es sich um organische Erkrankungen des Gehirns handelt, hat Krüger*) neuerdings hierzu einen Beitrag geliefert —, möchte ich die Aufmerksamkeit auf ein bisher nicht beachtetes ätiologisches Moment lenken.

Zunächst sei zweier wichtiger Arbeiten gedacht, die mit der Sache im engen Zusammenhange stehen. L. Bruns**) hat wiederholt bei chronischer Nephritis Zustände von Anämie gesehen, die unter dem Bilde der progressiven Paralyse verliefen; Bristowe***) hat bei 75 Paralytikersectionen nur 9mal die Nieren normal gefunden. Die Untersuchung der Nierengefässe ergab die gleichen Veränderungen wie im Gehirn. Demzufolge muss man annehmen, dass es dieselbe Schädlichkeit ist, welche

*) P. Krüger, Echinococcus des Gehirns etc. nebst Bemerkung zur Spätepilepsie. Psych. Wochenschrift 1899, Nr. 42.

**) L. Bruns, Urämie unter dem Symptomenbilde der progressiven Paralyse. Festschrift der Provinzial-Irrenanstalt Nietleben. Leipzig 1895.

***) H. C. Bristowe, The Relationship between General Paralysis and Chronic Renal Disease. The Journ. of Ment. Science, April 1895, Ref. in Neurol. Centralblatt 1895, S. 1142.

Ich habe seit dem Erscheinen dieser Arbeit meine Aufmerksamkeit auf diesen Gegenstand gelenkt und kann B.'s Beobachtung, wenn auch nicht in solchem Umfange, bestätigen.



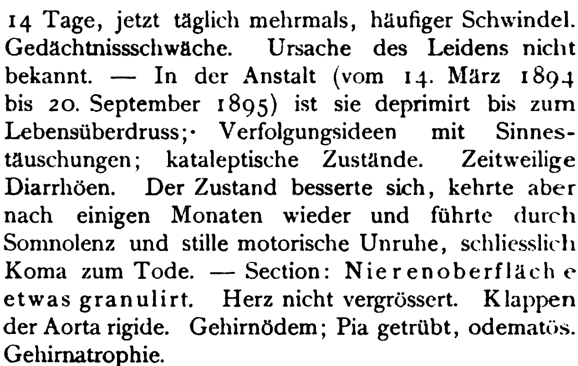
beide Organe oder elektiv bald nur das eine bald das andere afficirt. Übrigens ist man gerade in der Heimath Bright's längst gewöhnt, die nach ihm benannte Krankheit nicht mehr als eine besondere Organaffection, sondern nur als einen besonders localisirten Prozess einer allgemeinen Erkrankung, nämlich der Arteriosklerose zu betrachten — Bei einigen neueren ausführlichen pathologisch-anatomischen Arbeiten über die Paralyse vermisst man die Berücksichtigung der Nieren gänzlich.

Wenn sich nun nachweisen liesse, dass die „idiopathische" Epilepsie auch im Verlauf der chronischen Nierenentzündung in Erscheinung tritt, also nicht bloss als urämische, terminale Krampfanfälle, so würde durch diese Feststellung eine neue Brücke geschlagen zwischen von einander noch immer isolirt dastehenden und doch so manche, wenn auch unbestimmte Berührungspunkte bietenden Krankheiten, der Epilepsie und der Paralyse, ferner zwischen den Neurosen und den Gefässerkrankungen und in letzter Linie den Intoxicationen, welche diese Gefässveränderungen (und die Neurosen selbst?) bedingen. — In der Literatur findet sich nur eine einzige Mittheilung über die Epilepsie infolge Gefässkrankheiten, nämlich diejenige von Hochhaus*) über Epilepsie bei frühzeitiger Verkalkung der Hirngefässe. Die Nieren zeigten hier „starke Trübung".

Die nachfolgend im Auszug wiedergegebenen Krankengeschichten und Sectionsbefunde liefern nun wenn auch nicht den zwingenden — dazu sind sie noch zu wenige, so doch den Wahrscheinlichkeitsbeweis, dass die chronische Nierenentzündung unter dem Bilde der Epilepsie verlaufen kann.

1. 47jährige Frau; wegen Epilepsie aufgenommen; seit 4 Jahren Krämpfe und geistige Störungen. Apathie, Gereiztheit, Lebensüberdruss; seit der Erkrankung auch Alkoholsucht. Erblich belastet. Früher stets gesund und arbeitsam. Hat 9 mal geboren. — Arteriosklerose; Herzhypertrophie. Im Urin mässige Mengen Eiweiss. — Orientirt; häufige zornmüthige Erregungszustände; öftere Herzpalpitationen, keine Oedeme. Tod nach mehrtägiger Somnolenz. In den letzten 3 Monaten keine Anfälle; auch vor dem Tod keine. Section: Schrumpfniere; Herz fast um das doppelte vergrössert; allgemeine Arteriosklerose; mässiger Hydrocephalus externus und internus. An der Dura vereinzelte bis erbsengrosse Kalkeinlagerungen. — In der Anamnese war angegeben: Ursache des Leidens nicht bekannt.

2. 48jährig, weiblich, ledig, wegen Epilepsie aufgenommen; seit 18 Jahren Krämpfe; erst alle



14 Tage, jetzt täglich mehrmals, häufiger Schwindel. Gedächtnissschwäche. Ursache des Leidens nicht bekannt. — In der Anstalt (vom 14. März 1894 bis 20. September 1895) ist sie deprimirt bis zum Lebensüberdruss; Verfolgungsideen mit Sinnestäuschungen; kataleptische Zustände. Zeitweilige Diarrhöen. Der Zustand besserte sich, kehrte aber nach einigen Monaten wieder und führte durch Somnolenz und stille motorische Unruhe, schliesslich Koma zum Tode. — Section: Nierenoberfläche etwas granulirt. Herz nicht vergrössert. Klappen der Aorta rigide. Gehirnödem; Pia getrübt, odematös. Gehirnatrophie.

3. 55jährige Frau; seit etwa 4 Jahren Krämpfe, einmal mit Schlaganfall und vorübergehendem Sprachverlust. Seit 1 1/2 Jahren auch Erregungszustände; Verwirrtheit. Deshalb aufgenommen. — Keine Lähmungen, hochgradige motorische Unruhe; nicht orientirungsfähig. Urin: etwas Eiweiss; granulirte Cylinder; Nierenepithelien; weisse Blutkörperchen. Augenhintergrund normal. Oedeme an Händen und Füssen. Nach 2 1/2 wöchigem Aufenthalt in der Anstalt Tod im Koma und Lungenödem. — Patientin litt seit 8—9 Jahren an Caries des Nasenbeins; hat 1 mal todt geboren (5. Geburt); mehrere Kinder an Krämpfen gestorben. Section: Nieren bedeutend verkleinert, hart; Oberfläche sehr höckrig. An der Grenze von Mark und Rinde Cysten. Herz nicht vergrössert. Die im pathologisch-anatomischen Institut in Breslau ausgeführte mikroskopische Untersuchung der Nieren ergab nichts für Syphilis Charakteristisches; dagegen wurde die Diagnose „hochgradige Schrumpfniere" mikroskopisch bestätigt.

4. 48jährige Frau, wegen Epilepsie aufgenommen Januar 1899; seit 26 Jahre „in Folge Aerger" Krämpfe, häufig mit Erregungszuständen. Seit einiger Zeit blöde. In der Anstalt sehr reizbar, missmuthig, apathisch. Eiweiss im Urin. Anfälle bis 7 mal monatlich. August 1899 Schlaganfall mit linksseitiger Lähmung, die nicht zurückging; andauernde Bewusstseinsminderung. Oedeme, Hydrothorax. Tod: Dezember 1899. Section: Hochgradige Schrumpfniere, Herzhyperthrophie. Alte Apoplexien; Hydrocephalus externus und internus.

Am günstigsten für obige Behauptung liegen Fall 1. und 3. Bei letzterem kommt zwar noch Syphilis in Frage, obgleich andere Momente als die Nasenbeincaries und die Todtgeburt nicht vorhanden; die Syphilis könnte jedoch als primäres toxisches Moment die Gefässveränderung bezw. die Schrumpfniere bedingt haben. Bei 3. wie bei 4. findet man auch die bei der chronischen Nephritis charakteristischen Schlaganfälle. Fall 2 und 4 zeigen so langen Bestand des Krampfleidens, dass man an einem Zusamenhang mit dem Nierenleiden zweifeln könnte, denn warum sollten unter so vielen Epileptikern nicht einige an Schrumpfniere leiden. Bei

*) Hochhaus, Neurol. Centralblatt 1898.



Fall 4 jedoch darf man, da ja die Bright'sche Krankheit sich bis zu 2 Jahrzehnten erstrecken kann, wegen der hochgradigen Schrumpfung der Nieren auf eine Abhängigkeit der Epilepsie von diesem Leiden schliessen.

Bemerkenswerth ist, dass diese 3 Fälle, 1, 2, und 4, längere Zeit vor dem Tode keine Anfälle hatten, während wir gerade solche bezw. urämische erwarten sollten. — Es wird darauf ankommen, bei weiterem Material zu prüfen, ob sich die Stütze, die durch obige Beispiele der a priori einleuchtenden Theorie einer nephritischen Epilepsie gegeben werden sollte, weiter befestigen lässt. Man wird einwenden, dass eine genaue Untersuchung des Kranken einen Irrthum in Bezug auf die Herkunft der Krämpfe, die sich sonst von denen der eigentlichen Epilepsie nicht oder wenig unterscheiden, vermeiden lässt. Nun, darauf sei nur erwidert, dass die chronische Nierenentzündung mit ihrem intermittirenden Verlauf eine der am leichtesten zu übersehenden Krankheiten ist. Nach dem in diesen Zeilen gegebenen Hinweis dürfte es sich allerdings in Zukunft seltener ereignen.

Nicht unerwähnt möge bleiben, dass bei sehr langem Bestande der Epilepsie der Einfluss der einzelnen Anfälle auf die Nieren, nach dem Anfall auftretende Albuminurie, nicht ohne nachtheilige Folgen für dieses Organ sein kann.

Wieweit die zu supponirenden toxischen Einflüsse successiv Veränderungen in den Nieren und hierdurch Epilepsie oder gleichzeitig Veränderungen in den Nieren- und Gehirngefässen und darauf Epilepsie erzeugen, wieweit sie schliesslich drittens auf Gefäss- und Nervensystem gleichzeitig einwirken, dies zu erörtern, würde zu sehr ins Gebiet der Conjekturen führen.



La prophylaxie des maladies mentales au point de vue social.

Par le Dr. *Jul. Morel*, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de l'Etat, Mons.

(Suite et fin.)

A tous ces troubles moraux, à toutes ces émotions si fréquentes chez les gens nerveux et mariés, il faut ajouter une cause débilitante chez la femme, savoir la succession trop rapide des accouchements qui entraîne une débilité physique et conséquemment une plus forte prédisposition à l'aliénation mentale. Ce fait est vrai non seulement chez les prédisposées, mais même chez les femmes absolument indemnes à procréations trop rapides.

Certains esprits, trop radicaux, voudraient légiférer sur la question du mariage et faire empêcher celui-ci chez toutes les personnes qui offriraient quelque tare héréditaire. Il est certain que chez certaines personnes on pourrait prédire l'hérédité future, mais en songeant à cette question vitale, faudrait-il tarer toute la famille? La solution de cette question ne se fera jamais; elle offre trop de difficultés à la précision et nul ne pourra affirmer, dans certains cas où il y a hérédité chez les ascendants, que la transmission se fera chez les descendants.

Chez des parents névropathes il peut y avoir des enfants où rien ne permet de préjuger de l'hérédité si des précautions spéciales ont été prises dans l'éducation physique et psychique, ou bien parmi eux on pourra rencontrer une ou deux exceptions où l'hérédité n'a pu être vaincue. Cette simple preuve permet d'affirmer hautement que la thèse de la procréation des névropathes, hystériques, épileptiques, etc. ne mène pas infaillement à une génération de dégénérés.

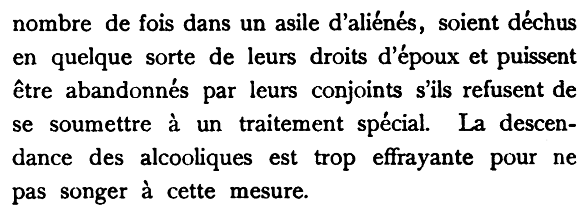
L'étude des maladies nerveuses et mentales a fait des progrès tels qu'il n'y a plus lieu de songer à introduire dans le code une disposition particulière au sujet du mariage au point de vue de l'avenir. Mais les familles soucieuses de leurs enfants et désireuses de prévenir tout malheur pour les générations futures, ont encore à leur disposition le médecin qui, consulté à ce sujet, peut offrir de bien grandes garanties en soumettant à un examen approfondi des personnes qui réclament son avis au sujet d'un mariage projeté. La conception moderne de la liberté individuelle ne permettra jamais à l'Etat d'intervenir si l'un ou l'autre des futurs époux déclare franchement, avant le mariage, qu'il existe des antécédents d'une certaine gravité dans la famille. Si, au contraire, le secret est gardé avant le mariage, la situation change et dans ce cas la loi devrait autoriser



le divorce pour cause de tromperie dans le contrat de mariage.

De pareilles unions ont naturellement pour conséquence la procréation d'êtres improductifs plus ou moins incapables de pourvoir au maintien de leur existence, des êtres maladifs ou dégénérés qui resteraient à jamais à charge de leurs parents, à moins qu'ils ne soient appelés à être confiés à la charité publique. De pareils mariages ne font que favoriser le paupérisme et ne peuvent jamais procurer un avantage quelconque. Il n'est pas admissible qu'un des époux inflige à l'autre des souffrances morales et des sacrifices matériels sans pouvoir recourir à des mesures légales qui imposent aux fiancés de se déclarer mutuellement, quand ils la connaissent, l'existence de tares héréditaires ou acquises et cela sous peine de divorce que l'époux pourrait demander. Le Dr. Toulouse*) qui s'est occupé de cette question y ajoute qu'il serait nécessaire de protéger cette déclaration contre les indiscrétions ultérieures et en interdisant formellement la divulgation. Le Dr. Toulouse fait suivre cette proposition d'autres réflexions qui se présentent naturellement quand on cherche des moyens d'assurer le mariage contre les surprises pathologiques. Pourquoi ne pas assimiler le mariage à un contrat passé avec une compagnie d'assurances? Les compagnies de ce genre imposent à leurs clients la visite de leurs médecins qui se trouvent ainsi relevés de leur secret professionnel. Le mariage aussi est un contrat. Pourquoi les parties ne se soumettraient-elles pas à la même obligation. La crainte de la visite médicale ferait rompre bien des pourparlers qui aujourd'hui abortissent à des unions regrettables.

Des sentiments de générosité, certainement nuisibles au bien de l'espèce, ont fait voter dans la loi du divorce, au moins en France, un article indiquant que la folie ne pouvait pas être invoquée comme une cause de séparation définitive. Il faut applaudir et rendre hommage aux bonnes intentions du législateur qui a voulu protéger l'infortune. Et cependant au point de vue supérieur de la défense sociale, de la prospérité d'une nation, ce sentiment n'est certainement pas dangereux, mais sans désirer qu'on revienne complètement sur cette question philantropique, il serait possible de demander que les alcooliques, les ivrognes endurées qui auraient été condamnés pour ivresse ou enfermés un certain



nombre de fois dans un asile d'aliénés, soient déchus en quelque sorte de leurs droits d'époux et puissent être abandonnés par leurs conjoints s'ils refusent de se soumettre à un traitement spécial. La descendance des alcooliques est trop effrayante pour ne pas songer à cette mesure.

Nous arrivons à la fin de notre travail. Nous avons passé en revue les principaux facteurs de la dégénérescence humaine et de l'aliénation mentale, l'hérédité, l'alcoolisme, la masturbation, la puberté, le mariage, la pratique exagérée des sentiments religieux et les principaux moyens qui peuvent contribuer à diminuer ou à annihiler leur douloureuse influence. Il resterait pour terminer la revue des causes capitales à mentionner le rôle des autointoxications et des maladies infectieuses qui peuvent contribuer au développement des psychoses et notamment la malaria, l'influenza, le choléra, la diphtérie, les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, l'érysipèle, la pneumonie, la lèpre, la polynévrite etc., même dans l'état puerpéral et à la suite de troubles hépatiques. Pour ce qui concerne les psychoses dues à une cause microbienne, si jusqu'ici on n'a pu déterminer le rôle direct de la toxine bactérique dans la production de la psychose, on en connaît néanmoins les facteurs étiologiques, c'est-à-dire la fièvre et l'épuisement, facteurs dont la valeur est d'autant plus grande s'il existe à la fois une prédisposition héréditaire ou acquise.

Nous y ajouterons enfin les conséquences possibles pour la syphilis dont l'action délétère sur les facultés psychiques ne laisse plus aucun doute et dont l'importance, comme élément étiologique, est d'autant plus grande que certains psychiatres voudraient attribuer presque exclusivement à la syphilis cette forme morbide connue sous le nom de paralysie générale progressive et qui depuis une cinquantaine d'années augmente presque d'année en année.

Tous ces facteurs divers sont trop bien connus de nos jours et il appartient aux législateurs de tendre la main aux hygiénistes pour contribuer à les diminuer ou à les faire disparaître. Ces questions d'hygiène sociale doivent occuper les pouvoirs publics et de même qu'on peut prouver aujourd'hui mathématiquement qu'il y a moyen de s'opposer, par les lois de l'hygiène et de la thérapeutique, au développement des maladies infectieuses telles que la fièvre typhoïde, la diphtérie, la variole, etc., il faut que leurs études s'étendent et qu'ils aient recours à des mesures radicales pour enrayer tout germe d'infection

*) Toulouse. Les causes de la folie, 1896.

qui peut contribuer à la débilitation du genre humain ou au développement de maladies incurables. Le législateur et l'hygieniste provoqueront ainsi des mesures prophylactiques, mesures bien supérieures à celles qui consistent à essayer de réparer le mal produit. Ce serait en un mot l'introduction d'un principe opposé à celui du siècle dernier. Les études prophylactiques doivent l'emporter sur les études thérapeutiques ou au moins figurer au premier rang de l'hygiène publique — ainsi la société réussirait à diminuer à la fois les asiles d'aliénés, les hôpitaux, les prisons, etc. etc.

Dans le cours de ce travail nous avons à dessein songé aux mesures radicales dans la prophylaxie des maladies mentales, mais en l'absence de celles-ci alors que déjà les différents poisons physiques et moraux ont commencé leur action et conduit parfois l'homme à la frontière de la folie, c'est-à-dire que l'influence n'a pas encore été absolument néfaste, il convient, dans la mesure du possible, d'y remédier. Les maladies nerveuses comme on les appelle sont susceptibles d'un traitement qui, s'il est purement thérapeutique dans tel sens, devient prophylactique puis qu'il a pour but de préserver les malades d'une extension plus grave du mal qui peut aller jusqu'à l'aliénation mentale.

Ces affections nerveuses qui peuvent se présenter sous diverses formes, devraient pouvoir être traitées par des médecins qui se dévouent essentiellement à ce genre de maladies. Bien traités une masse de névropathes échapperaient aux conséquences fatales de leur maladie c'est-à-dire de la folie. Par un traitement rationnel et précoce on diminuerait considérablement le nombre de candidats à l'aliénation mentale. Ou bien, et peut-être mieux encore, serait-il recommandable de faire disparaître les noms d'„Irrenanstalt" en Allemagne, de „lunatic asylum" dans le Royaume Uni, d'„asile d'aliénés" en France ou de „maniconium" en Italie, pour imiter l'exemple de ce qui a été fait aux Etats-Unis où la dénomination de „lunatic asylum" a été remplacée par celle de „hospital for the insane" et où un mouvement existe pour remplacer ce dernier nom par „hospital for cerebral diseases". Pourquoi ne pas encore préférer la dénomination „Nervenheilanstalten" des Allemands en comprenant dans ces hôpitaux des divisions successives pour les maladies nerveuses et les maladies mentales. Les psychiatres allemands qui ont contribué à métamorphoser complètement les asiles d'aliénés en les transformant en véritables hôpitaux et qui ont installé dans leurs Anstalten des cliniques pour maladies nerveuses déjà très goûtées du public seront probablement les premiers à changer l'enseigne de leurs établissements. Nous en avons la preuve dans les résultats qu'ils fournissent par leurs laboratoires, par la nature des examens qu'ils font subir à leurs malades. Nous avons été témoin de la confiance des populations qui avoisinent les asiles de ce pays et nous sommes certain que par les traitements institués plus d'un candidat à la folie a pu échapper à la collocation. L'existence des Nervenabtheilungen dans tous les asiles d'aliénés constituerait un progrès énorme et le traitement prophylactique qui s'y pratiquerait serait suivi des plus heureux résultats autant pour les malades eux-mêmes que pour les futures générations. La situation sociale d'un pays n'aurait qu'à s'en louer!



Mittheilungen.

— Das Kgl. Württembergische Ministerium des Innern hat unterm 18. November 1899 eine neue **Verfügung betreffend den Betrieb und die Ueberwachung der Privat-Irrenanstalten** erlassen, wodurch die entsprechenden früheren Bestimmungen aufgehoben werden.

Die nachfolgenden, der Verfügung entnommenen Passus dürften von allgemeinerem Interesse sein.

§ 1. Bauliche Anlage, Einrichtung und Belegung.

Bei der baulichen Anlage und den sonstigen Einrichtungen der Privatirrenanstalten sind neben den bei der Concession etwa ertheilten besonderen Vorschriften die für Krankenhäuser und Krankenpflege in Betracht kommenden allgemeinen hygienischen Grundsätze zu beachten. Die Anstalten müssen in einem diesen Anforderungen entsprechenden Zustande erhalten werden.

Die Belegung der Anstalten darf die von dem Medicinalcollegium für zulässig erklärte Höchstzahl von Kranken nich überschreiten.

§ 2. Ärztliche Versorgung der Anstalt.

Jede Privatirrenanstalt, welche zur Aufnahme von heilbaren Kranken bestimmt oder welche für mehr als 50 Kranke berechnet ist, muss, soweit es sich nicht um wirthschaftliche Angelegenheiten handelt, von einem psychiatrisch ausgebildeten Arzte geleitet werden, welcher seine Wohnung in der Anstalt oder deren nächster Umgebung zu nehmen hat.

Für Privat-Irrenanstalten von nicht über 50 Betten, in welchen nur solche Kranke Aufnahme finden, bei denen eine Aussicht auf Heilung nicht mehr vorhanden ist, genügt es, wenn der regelmässige Besuch eines Arztes in den von dem

Medicinalcollegium für zulässig erachteten Zeitabschnitten gesichert ist.

Die Anstellung des ärztlichen Leiters der Anstalt bedarf, falls der Unternehmer nicht selbst der leitende Arzt ist, der vorgängigen Anzeige an das Medicinalcollegium unter Vorlage der zum Nachweis der Qualification erforderlichen Belege. Ebenso ist von dem Dienstaustritt des ärztlichen Leiters der Anstalt dem Medicinalcollegium Anzeige zu erstatten.

§ 4. Hilfsärzte.

In grösseren Privat-Irrenanstalten sind die erforderlichen Hilfsärzte anzustellen. Deren Zahl ist in der Regel so zu bemessen, dass auf einen Arzt nicht mehr als 100 Kranke kommen.

Die Hilfsärzte sind in allen Fragen des ärztlichen Dienstes dem ärztlichen Leiter der Anstalt zu unterstellen.

§ 5. Wart- und Pflegepersonal.

Zur unmittelbaren Krankenpflege und zur Beaufsichtigung der Pfleglinge ist das erforderliche Wart- und Pflegepersonal anzustellen. Als Wärter- und Wärterinnen dürfen nur zuverlässige und unbescholtene Personen verwendet werden.

Das Wart- und Pflegepersonal ist in allen Fragen des ärztlichen Dienstes dem ärztlichen Leiter der Anstalt zu unterstellen.

§ 6. Aufnahmebedingungen.

Zur Aufnahme von Kranken sind folgende Nachweise erforderlich:

1. ein Geburts- oder Taufschein des Kranken;

2. ein Zeugniss des Gemeinderaths (bei Nicht-Württembergern der Ortspolizeibehörde) des bisherigen Wohnorts des Kranken über den Stand und die Familienverhältnisse des Aufzunehmenden und über die Thatsache des gestörten Geisteszustandes desselben. In unbedenklichen Fällen kann durch das Medicinalcollegium die Beibringung dieses Zeugnisses nachgelassen werden;

3. die auf persönlicher Untersuchung beruhende Beurkundung und Beschreibung der Geistesstörung, ihrer Art und bisherigen Dauer durch einen approbierten deutschen Arzt und zwar, wenn der Kranke in ärztlicher Behandlung gestanden ist, durch denjenigen Arzt, welcher die Behandlung geleitet hat. Bei Zeugnissen von Aerzten, die nicht im öffentlichen Dienst stehen, kann von der Aufsichtsbehörde eine Beglaubigung durch einen beamteten Arzt verlangt werden. Das ärztliche Zeugniss soll zur Zeit der Einreichung des Gesuchs keinenfalls älter als vier Wochen sein und im allgemeinen die in der Beilage zu dem Statut der Staats-Irrenanstalten vom 20. März 1899 (Reg.-Blatt S. 249) aufgeführten Anhaltspunkte geben;

4. die Zustimmungserklärung der nächsten Angehörigen des Kranken, sowie, wenn ein solcher aufgestellt ist, seines Vormunds.

Ist der Aufenthalt von Angehörigen eines Kranken in dem oben bezeichneten Sinn nicht zu ermitteln oder ist die Beibringung ihrer Zustimmungserklärung nur mit einem unverhältnissmässigen Zeitverlust möglich, so darf von Einholung der Zustimmung dieser Angehörigen überhaupt Umgang genommen werden; es sind jedoch diese Verhältnisse, wie auch der Fall, wenn keine Angehörigen der genannten Art vorhanden sind, in dem unter Ziff. 2 erwähnten Zeugniss zu beurkunden;

5. ein Nachweis über die Heimath und den Unterstützungswohnsitz des Kranken.

§ 7. Aufnahme in dringlichen Fällen.

In Fällen, welche die ungesäumte Aufnahme eines Kranken erfordern, kann die sofortige vorläufige Aufnahme in eine Privat-Irrenanstalt stattfinden, auch wenn nicht sämmtliche in § 6 Ziff. 1 bis 5 vorgeschriebenen Nachweise vorhanden sind. Doch ist hierzu jedenfalls erforderlich:

1. wenn die Zustimmung eines der nächsten Angehörigen (§ 6 Ziff. 4 Abs. 2 und 3) oder des Vormunds vorliegt:

der Nachweis der Geisteskrankheit des Aufzunehmenden durch ein ärztliches, auf persönlicher Untersuchung beruhendes Zeugniss;

2. wenn die Beibringung der Zustimmung eines der nächsten Angehörigen oder des etwaigen Vormunds nicht thunlich ist, mit Beschränkung auf Kranke, welche in Württemberg wohnen:

ein Aufnahmeantrag des Oberamts, in dessen Bezirk sich der Kranke zur Zeit aufhält und ein von dem Oberamtsarzt ausgestelltes Zeugniss, welches die Dringlichkeit der sofortigen Aufnahme nachweist.

Die noch fehlenden Belege müssen alsdann baldthunlichst, spätestens aber binnen vier Wochen, nachgebracht und dem Oberamtsarzt unbeschadet der vorläufigen Anzeige gemäss § 9 Abs. 1 vorgelegt werden.

§ 8. Freiwilliger Eintritt in die Anstalt.

Bei volljährigen Kranken, deren Aufnahme auf ihren eigenen Wunsch erfolgt, kann, wenn sie diesen vor dem ärztlichen Leiter der Anstalt zu Protokoll geben und unterschriftlich bestätigen, von der Beibringung der in § 6 verlangten Belege mit Ausnahme der Geburtsurkunde Umgang genommen werden.

Die Aufnahme freiwillig Eintretender ist in Privat-Irrenanstalten, welche nicht unter spezieller ärztlicher Leitung im Sinne des § 2 Abs. 1 stehen, nicht zulässig.

§ 9. Anzeigepflicht bei der Aufnahme.

Von jeder Aufnahme, welche auf Grund der §§ 7 und 8 erfolgt, ist dem Oberamtsarzt, in dessen Bezirk sich die Privat-Irrenanstalt befindet, binnen zwei Tagen, von jeder anderen Aufnahme innerhalb der ersten acht Tage nach vollzogener Aufnahme Anzeige zu erstatten. Der Oberamtsarzt prüft die Aufnahmebelege und vergewissert sich über die Zulässigkeit der Aufnahme; erscheint ihm letztere nicht anstandslos zu sein, so hat er sich durch sofortige persönliche, nöthigenfalls zu wiederholende Untersuchung des Kranken von der Unbedenklichkeit der Aufnahme zu überzeugen. Gewinnt er diese Ueberzeugung nicht, so ist der Kranke alsbald zu entlassen. In zweifelhaften Fällen ist die Entscheidung des Medicinalcollegiums sofort einzuholen.

Ausserdem ist von jeder Aufnahme, sofern sie nicht auf Grund des § 8 erfolgt, binnen der in Abs. 1 genannten Fristen dem Oberamt, in dessen Bezirk der Kranke seinen Wohnsitz hat oder in Ermangelung eines solchen seinen letzten Aufenthalt hatte, unter Bezeichnung des bei der Aufnahme vorgelegten ärztlichen Zeugnisses vertrauliche Mittheilung zu machen. Bei Nicht-Württembergern ist die Anzeige dem Oberamt des Sitzes der Anstalt behufs Uebermittlung an die zuständige Heimathsbehörde des Kranken zu übergeben.

§ 10. Entlassung.

Die Entlassung eines Kranken hat vorbehaltlich der Bestimmung in Abs. 2 zu erfolgen:

a) wenn er genesen ist oder sonst sein Gesundheitszustand ein ferneres Verbleiben in der Anstalt nicht rechtfertigt;

b) wenn seine Entlassung von dem Vormund oder einem der nächsten Angehörigen (§ 6 Ziff. 4) verlangt wird.

In letzterem Fall darf die Entlassung, wenn der Kranke für sich oder andere gefährlich ist, nur erfolgen, wenn die zuständige Polizeibehörde des künftigen Aufenthaltsorts des Kranken — in Württemberg das Oberamt — auf vorherige Benachrichtigung seitens der Anstalt der Entlassung zustimmt und wenn für sichere Ueberführung gesorgt ist. Wenn die Zustimmung der Polizeibehörde zur Entlassung des Kranken verweigert wird, sowie in zweifelhaften Fällen, ist die Entscheidung des Medicinalcollegiums einzuholen. Kommt hierbei die polizeiliche Einweisung des Kranken in eine Staats-Irrenanstalt in Frage, so hat das Medicinalcollegium alsbald das Verfahren nach § 16 des Statuts der Staats-Irrenanstalten vom 20. März 1899 zu veranlassen.

§ 11. Beurlaubung von Kranken.

Kranke, welche noch nicht so weit genesen sind, dass sie unbedenklich entlassungsfähig erscheinen, oder solche, bei denen ein Rückfall zu befürchten ist, können zunächst versuchsweise in Form der Beurlaubung entlassen werden.

Die Dauer des Urlaubs soll drei Monate nicht über-



schreiten, kann aber mit Genehmigung des Medicinalcollegiums bis zu sechs Monaten verlängert werden.

Beurlaubte Kranke, deren Zustand sich derart verschlimmert, dass sie wieder anstaltsbedürftig erscheinen, können, wenn die Rückfälligkeit ärztlich bescheinigt wird, ohne Weiteres wieder aufgenommen werden. Die Wiederaufnahme ist in derselben Weise wie eine Neuaufnahme anzuzeigen (vergl. § 9).

Nach Ablauf der Urlaubsfrist tritt ohne Weiteres die endgültige Entlassung aus der Anstalt ein.

§ 12. Austritt freiwillig Eingetretener.

Ein Kranker, dessen Aufnahme auf seinen eigenen Wunsch erfolgt ist (§ 8), kann jederzeit aus der Anstalt wieder austreten, es sei denn, dass die Beobachtung ergeben hat, dass er für sich oder Andere gefährlich ist. In letzterem Falle ist sofort die Zustimmung der nach § 6 Ziff. 4 in Betracht kommenden Angehörigen, sowie eines etwaigen Vormunds zum Verbleiben des Kranken in der Anstalt einzuholen. Wird diese Zustimmung verweigert, so ist in derselben Weise wie in § 10 Abs. 2 zu verfahren.

§ 18. Berichterstattung.

Spätestens bis zum 15. Februar jeden Jahres ist dem Medicinalcollegium ein die bemerkenswerthen Vorkommnisse des abgelaufenen Kalenderjahres enthaltender Jahresbericht, sowie ein Verzeichniss der während des Jahres in der Anstalt verpflegten Kranken unter Anwendung des in § 16 gegebenen Schemas vorzulegen.

Unabhängig hiervon sind dem Medicinalcollegium auf Verlangen jederzeit sowohl über den Betrieb der Anstalt, als über die einzelnen Kranken, alle für einen vollen Einblick erforderlichen Aufschlüsse zu ertheilen.

Auch ohne besondere Aufforderung ist jeder Selbstmord und jede zur Ausführung gekommene Flucht von Kranken dem Medicinalcollegium anzuzeigen.

§ 19.

Die Beaufsichtigung und Ueberwachung der Privat-Irrenanstalten liegt dem Medicinalcollegium, Abtheilung für die Staatskrankenanstalten, unter Mitwirkung der Oberamtsärzte, in deren Bezirk sich die Anstalt befindet, ob.

Seitens des Medicinalcollegiums sind alle Privat-Irrenanstalten, und zwar die grösseren durch den Vorstand oder ein administratives Mitglied und den psychiatrischen Referenten desselben, die kleineren durch letzteren allein, von Zeit zu Zeit unvermuthbeten genauen Visitationen zu unterzienen, welche sich ebenso auf die Einrichtungen der Anstalt und ihren gesammten Betrieb, wie auf die persönlichen Angelegenheiten der einzelnen Pfleglinge zu erstrecken haben.

Ausserdem haben die Oberamtsärzte, soweit nicht im Einzelnen andere Bestimmungen getroffen werden, die Anstalten alljährlich zweimal, einmal im Sommer, einmal im Winter, in unvermutheter Weise zu visitiren.

Für Beseitigung der bei der Aufsichtsführung entdeckten Mängel hat das Medicinalcollegium, nöthigenfalls durch Inanspruchnahme des Oberamts oder der Kreisregierung, Sorge zu tragen.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

— In Kortau ist an die Stelle des verstorbenen VI. Arztes Dr. Meder der bisherige Volontairarzt Dr. Ehrhard aufgerückt, während an dessen Stelle Dr. Skierlo aus Königsberg getreten ist.

— In Prag habilitirte sich Dr. Anton Heveroch als Privatdocent für Psychiatrie.

— Sayn b. Coblenz. Herr Dr. Behrendt hat am 31. December 1899 sein 25jähriges Jubiläum als dirigirender Arzt der „Israelitischen Heil- und Pflege-Anstalt für Nerven- und Gemüthskranke zu Sayn b. Coblenz“ gefeiert. Das Jubiläum wurde in der Anstalt festlich begangen.

Bücherschau.

Die gerichtsärztlichen Expertisen in Frankreich. (Annales Médico-Psychologiques, 8. Serie, 11. Bd. 1900. 1. Heft.)

In der Sitzung der Société Méd.-Psych. vom 27. November 1899 referirte Herr Toulouse über den von Herrn Cruppi, einem erfahrenen Cassationsrichter, vorbereiteten und von der Deputirtenkammer Ende Juni 1899 angenommenen Gesetzentwurf, die gerichtsärztlichen, in casu die psychiatrischen Expertisen betreffend.

Früher habe nur der Untersuchungsrichter Experten ernennen können. Nolens volens sei der Experte zu sehr auf Seiten der Anklage gestanden. Irrthümer seien nicht selten gewesen und zwar in Folge von Voreingenommenheit, Nachlässigkeit oder Unwissenheit der Experten. Um dem abzuhelfen, führe das Gesetz Cruppi die contradictorische Expertise ein, d. h. zwei Experten, einer von der Anklage, der andere von der Vertheidigung gewählt, sollen sich über den Fall gegeneinander und gegen die Richter aussprechen. Der Gesetzgeber wolle dadurch jeder Partei gleiches Recht sichern. Solle aber dieser Endzweck wirklich erreicht werden, so müsste es jeder Partei freistehen, ihren Vertrauensmann nach Belieben und ohne Einschränkung zu wählen, gerade wie den Advocaten. Das erlaube aber das Gesetz Cruppi nicht. Der Experte müsse aus den Namen zweier Listen entnommen werden, deren eine unter Mitwirkung des Staatsanwaltes, der Civilgerichte, der medicinischen Fakultäten und Lehranstalten von den Obergerichten der Departemente, also durch Wahl, aufgestellt werde, während die andere Liste diejenigen Personen aufführt, welche von Amtswegen (de droit) sich zu Experten qualificiren, nämlich die Professoren der Psychiatrie und die Aerzte öffentlicher Irrenanstalten. Diese officielle Liste (liste de droit) stelle ein Correctiv der andern, der Wahlliste, dar, insofern die Titulare der letzteren dadurch verhindert werden sollen, sich von ihren Wählern, den Gerichten, beeinflussen zu lassen. Leider aber werde dieses Correctiv durch die weitere Bestimmung mehr oder weniger unwirksam gemacht, dass nur bei wichtigen Fällen und erst auf Anordnung des Gerichtspräsidenten Experten der Liste „von Amtswegen“ dürfen entnommen werden. Der Gesetzgeber wollte dadurch verhindern, dass die Experten nur aus der amtlichen Liste genommen würden; aber er verhindere nur das, was er erstrebe, nämlich die Rechtsgleichheit der beiden Parteien. Zwar sei eine Anzahl Namen in beiden Listen; in der amtlichen Liste aber viel mehr, während gerade sehr competente Namen in der Wahlliste fehlen. Deshalb möchte Herr T. die officielle Liste nicht nur unbedingt freigeben, sondern ihr noch Mitglieder beifügen, welche von den Aerztevereinen, für Paris z. B. von der Société Méd.-Psych., gewählt wären. Der Generalrath des Seinedepartements habe auf seinen, Toulouse, Antrag den Wunsch ausgesprochen, dass die officielle Liste den Parteien so gut offen stehe, als die Wahlliste; offenbar aber ohne Erfolg,



sonst würde Herr T. nicht gegen die genannte Beschränkung polemisiren, welche in den Augen des Herrn T. einen Rückschritt bedeutet.

Die zweite wichtige Bestimmung des Gesetzes Cruppi betreffe die Obergutachten (super-arbitrage); das Gesetz habe dieselben gänzlich wollen fallen lassen. Eine Anzahl Deputirter habe jedoch deren Wiedereinführung verlangt, und Cruppi habe das Zugeständniss gemacht, dass die Experten selbst, oder eventuell der Gerichtspräsident, einen Obmann bezeichnen können, der in Meinungsdifferenzen den Ausschlag zu geben habe. Das Gesetz Cruppi sehe also von ständigen Oberexperten ab, wie sie Deutschland in den Referenten der Medicinalcollegien besitze, und dies wieder aus dem Grunde, um den staatlichen Organen kein Uebergewicht über den Angeklagten zu geben. Weder Gewissenhaftigkeit noch wissenschaftliche Competenz garantiren völlige Unparteilichkeit. Denn der Oberexperte sei vielleicht gerade deswegen vom Staate an seinen Posten gestellt worden, weil er z. B. in Fragen der Zurechnungsfähigkeit diese oder jene dem Staate convenirenden Grundsätze besitze. Er sei also von vornherein Vertreter seiner und der vom Staate approbirten Meinungen. Und würden (ständige) Obergutachter von Lehrkörpern oder gelehrten Gesellschaften gewählt, so könnte möglicher Weise die Wahl auf Männer fallen, welche gar nicht Fachmänner seien. Deshalb sollen Oberexperten nur für den bestimmten Fall und von einer unabhängigen wissenschaftlichen Körperschaft ernannt werden. Als eine solche sähe Herr T. die Titulare der beiden obengenannten Expertenlisten an, nur müssten die Mitglieder der Wahlliste stets in der Minderheit sein. Die versammelten Experten hätten alljährlich eine Commission zu wählen, welche so viele Mitglieder zähle, als die Medicin Specialfächer habe. Diese Commission bezeichne den Oberexperten, und zwar aus einem Vierervorschlage, der von den beiden Experten, von der Anklage und von der Vertheidigung, gemacht werde. Letztere seien deshalb vorschlagsberechtigt, weil gelegentlich wohl die Experten unter sich übereinstimmen, aber Anklage und Vertheidigung ihre Ansichten nicht theilen könnten. Somit müsse Jedem der Recurs an einen dritten Experten offen stehen, nur müsse dann die Auswahl unbeschränkt sein; obgenannte Commission wähle dann einen aus den vier Vorgeschlagenen. In der Kammer habe Dr. Dubois einen in diesem Sinne gefassten Antrag gestellt; derselbe sei aber abgelehnt und dagegen die von Cruppi modificirte Fassung angenommen worden, eine Lösung, welche Herr T. nicht für vollkommen hält, aber doch der Institution ständiger Oberexperten vorzieht.

T. fasst seine Erörterungen in folgende Thesen zusammen.

1. Gleichberechtigung der beiden Arten von Experten.

Erwägungen: Der Angeklagte muss das Recht haben, seinen Experten frei zu wählen, vorausgesetzt, dass seine Wahl auf eine competente und ehrenhafte Persönlichkeit fällt und keine ausserordentlichen Kosten verursacht. Die Professoren der Psychiatrie und die Aerzte öffentlicher Irrenanstalten entsprechen diesen Anforderungen an Competenz und Ehrenhaftigkeit, da sie das von der Kammer angenommene Gesetz als Experten von Amtswegen bezeichnet. Zudem liegt es im Interesse der Justiz, Experten zur Verfügung zu haben, welche nicht von Gerichtsbehörden ernannt, somit von der Magistratur völlig unabhängig sind.

Folgerungen: Die in die Liste der Experten von Amtswegen eingetragenen Experten (Art. 1 des Gesetzes) sollen sowohl vom Untersuchungsrichter, als auch von der Vertheidigung frei und ohne Intervention des Gerichtspräsidenten angerufen werden, vorausgesetzt, dass sie im Departement wohnen (wo das Gericht tagt. Ref.).

2. Obergutachten.

Erwägungen: Die Einrichtung ständiger psychiatrischer Oberexperten hätte zur Folge, dass eine individuell wissenschaftliche Ansicht einen übermässigen Einfluss in Conflicten der Expertise bekäme. Im gegebenen Falle wären deren Aeusserungen die Folge von Ansichten, welche der Oberexperte überhaupt über Zurechnungsfähigkeit und damit zusammenhängende Fragen besässe und in Publicationen festgelegt hätte. Wenn unter solchen Umständen der Oberexperte vom Staate ernannt wäre, so stände zu befürchten, dass er es gerade wegen seiner hier mit den Richtern übereinstimmenden Ansichten wäre. Im Falle nun, dass zwischen dem Experten der Anklage und dem der Vertheidigung Meinungsverschiedenheit bestände, so würde der erste an eine Instanz appelliren, die dem nämlichen Boden entstammt, vermuthlich auch auf dem nämlichen Boden stände, wie er selbst, was die Garantien aufheben würde, welche contradictorische Expertise hätte bieten sollen. Selbst wenn der Obergutachter durch die andern Experten erwählt wäre, würden die Nachtheile der für eine gewisse Zeitdauer ständigen Instanz und der Prävalenz individuell wissenschaftlicher Ansichten voll fortbestehen. Da die Irrenärzte nicht alle den gleichen Ansichten huldigen, wäre es von Nutzen, alle Meinungen sich äussern zu lassen.

Folgerung: Die Einrichtung von Super-Arbitrien in Sachen psychiatrischer Expertisen ist aufzuheben.

T. stellte den Antrag, dass die Gesellschaft seine Thesen als „Wünsche“ adoptire. Die Gesellschaft ging aber nicht darauf ein, da es nicht in ihren Gepflogenheiten liege, Wünsche zu formuliren und dieselben an staatliche Behörden weiterzuleiten. Auch die Aufstellung einer Commission, der die Arbeit von T. überwiesen würde, beliebte wiederum aus formellen Gründen nicht, dagegen solle die von T. angeregte Frage auf der Tagesordnung bleiben.

Director Dr. Burchardt-Préfargier.

Berichtigung.

In Nr. 41 S. 388 rechte Spalte Zeile 2 u. 6 statt 29 ans: 25 ans.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Buchdruckerei des Waisenhauses in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien.)

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 44. 27. Januar **1900.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Nekrolog Wilhelm Sommer.

Die Provinzial-Irrenanstalt Allenberg hat in den 47 Jahren ihres Bestehens bereits 5 Direktoren dahinscheiden sehen. Nur die beiden ersten, Dr. Bernhardi und Dr. Wendt starben nach ihrer Pensionirung in höherem Lebensalter, die übrigen sind in der Blüthe ihrer Jahre dahingegangen, Dr. Jensen, welcher bei seiner Uebersiedelung nach Dalldorf i. J. 1885 wohl bereits den Keim des Gehirnleidens in sich trug, dem er einige Jahre darauf (1891) erliegen sollte, im 50. Lebensjahre, Dr. Waehner, welcher November 1890 in Meran starb, wo er Linderung von seinem langjährigen Lungenleiden gesucht hatte, im Alter von 35 Jahren, und jetzt Dr. Sommer nach halbjähriger schwerer Krankheit im Alter von 47 Jahren.



Wilhelm Sommer.

Wilhelm Sommer ist am 9. Juli 1852 zu Frankfurt a. O. geboren, wo sein Vater ein angesehener Arzt war. Seine Schulbildung erhielt er auf dem Friedrich-Wilhelms-Gymnasium seinerVaterstadt. Daselbst bestand er Michaeli 1870, also mit 18 Jahren, sein Abiturientenexamen. Da er nicht in den Krieg mitziehen konnte, half er wenigstens, sich so für seinen künftigen Beruf vorbereitend, in den Spitälern bei der Johanniter-Krankenpflege, bis er Ostern 1871 die Universität bezog. Er studirte in Berlin, Würzburg und Leipzig Medicin, ging aber dazwischen (in Leipzig) auch journalistischen Neigungen nach, die ihn neben den naturwissenschaftlichen Studien so fesselten, dass er eine Zeit lang geschwankt hat, ob er ersteren nicht ganz folgen sollte. Nachdem er im letzten Jahre seines Studiums Assistent am Stadtkrankenhaus in Chemnitz gewesen und noch Kliniken in Halle und Leipzig besucht hatte, bestand er Frühjahr 1879 in Leipzig das medicinische Staatsexamen. Am 13. Mai 1879 trat er als Assistenzarzt in Allenberg ein, um der Psychiatrie und der Anstalt bis an sein Lebensende treu zu bleiben.

Unter Jensens Leitung, dem Sommer sich besonders nahe anschloss, entwickelte er sich bei rastloser wissenschaftlicher Thätigkeit bald zu einem in Fachkreisen anerkannten Psychiater. Von Jensen hat Sommer die Vorliebe für die pathalogisch-anatomische Richtung seiner Wissenschaft übernommen, ohne aber, wie mehrere umfangreiche klinische Arbeiten beweisen, die klinische Seite zu vernachlässigen.

Bereits im Jahre 1879, ein halbes Jahr nachdem er sich der psychiatrischen Laufbahn zugewandt, erschien von ihm im Archiv f. Psych. (Bd. X) eine grössere Arbeit: „Erkrankungen des Ammonshorns als ätiologisches Moment der Epilepsie", in welchem er auf Grund von 90 aus der Litteratur zusammengestellten Fällen und einigen eigenen Beobachtungen zu dem interessanten Resultat kam, dass 30% der Fälle von Epilepsie auf Erkrankungen des Ammonshorns beruhen, ein Resultat, welches erst neuerdings noch durch die Untersuchungen von Bratz-Wuhlgarten gestützt worden ist. Durch diese Arbeit war Sommer auf das Studium der Epilepsie hingelenkt worden, welcher er ausser 2 kleineren Aufsätzen („Zur Casuistik der Atlassynostosen" Virch. Arch. 1883 Bd. 94 und „Atlasankylose und Epilepsie" Virch. Arch. 1889 Bd. 119) bereits im Jahre 1880 einen grösseren klinischen Beitrag: „Postepileptisches Irresein" Arch. f. Psych. Bd. XI gewidmet hat, eine Arbeit, welche in dankenswerther Weise die Samt'schen Untersuchungen über die epileptischen Aequivalente ergänzte und sowohl die gewöhnlichen Folgen der Epilepsie auf den Geisteszustand der Kranken als die im Gefolge der Anfälle auftretenden Irrsinnsformen schilderte. — Eine zweite Seite seiner pathologischen Untersuchungen bildet das Studium der Irrenschädel, dessen Resultate in seiner umfangreichsten und fleissigsten Arbeit: „Beiträge zur Kenntniss der Irrenschädel" Virch. Arch. 1882 Bd. 89 u. 90, niedergelegt sind. Die Grundlage derselben bildet die eingehende, mit zahlreichen mühsamen Messungen verbundene Beschreibung der 85 Exemplare der von Jensen geschaffenen Allenberger Schädelsammlung, welche Sommer übrigens eifrigst fortgesetzt hat und bis an sein Lebensende zu vermehren bestrebt gewesen ist. Sommer kam zu dem Schluss, dass ein specifischer Irrenschädel nicht existirt, dass aber der Irrenschädel im allgemeinen wesentlich geräumiger und gewölbter ist als der Normalschädel, dass diese Eigenschaften mit ziemlicher Sicherheit auf einen rhachitisch-hypertrophischen Process im Fötalleben zurückzuführen sind und wahrscheinlich bei der Geburt durch das Missverhältniss zwischen mütterlichem Becken und kindlichem Schädel zu einer bleibenden Verbiegung des Schädels, zu erheblichen Assymetrien nebst entsprechenden Läsionen des Gehirns führen. Hierin beruht nach Sommer die Erblichkeit der Geistesstörungen, eine Ansicht, welche er neuerdings in einem Vortrage: „Nervöse Veranlagung und Schädeldifformität", Allg. Ztschr. f. Psych. 1897 Bd. 43 noch näher entwickelt hat.

Mit seiner nächsten grösseren Arbeit: „Beiträge zur Kenntniss der kriminellen Irren", Allg. Zeitschr. f. Psych. 1884 Bd. 40, Heft. 1 u. 2, welches die Beobachtungen über die von 1852—1882 aus Detentionsanstalten eingelieferten Irren (im ganzen 111) und eine vorzügliche Schilderung des von Sommer als besondere Form der primären Verrücktheit anerkannten „Gefängnisswahns" enthält, hat Sommer sich dem Gebiet der praktischen Psychiatrie zugewandt und zu einer der aktuellsten Fragen, der Unterbringung der irren Verbrecher, Stellung genommen, für welche er von nun an sein regstes Interesse bethätigte. Er redet der Errichtung von besonderen Irrenstationen und Pflegeanstalten für irre Verbrecher im Anschluss an Strafanstalten das Wort und hält es zur Prophylaxe der Gefängnisspsychosen wie zur Sicherung der Gesellschaft vor dem Gewohnheitsverbrechen mit Kraepelin für nothwendig, die zeitliche Dauer der Strafe nicht so sehr von der Schwere des Verbrechens als von der erreichbaren Besserung des Sträflings abhängig zu machen. Auch in dem „Bericht über eine Informationsreise (Sonderabdruck 1886) hat er neben der familiären Verpflegung der Irren die Unterbringung der irren Verbrecher (mit besonderer Beziehung auf ostpreussische Verhältnisse) eingehend behandelt. Bezüglich beider Fragen hat er später als Direktor das Glück gehabt, seine Vorschläge in Ostpreussen zur praktischen Ausführung gelangen zu sehen. Von grösseren Arbeiten wäre schliesslich noch die 1887 in der Allg. Zeitschr. für Psych. veröffentlichten „Beiträge zur Kenntniss der Militärpsychosen", in welcher 88 Fälle aus Allenberg behandelt sind, und seine Doktordissertation (Sommer hat erst im Jahre 1888 zu Würzburg promoviert) „Ueber die Trunksucht und deren schädliche Folgen für das Gehirn und das Nervensystem" Königsberg 1888, zu erwähnen. Sommer giebt darin eine sehr hübsche Darstellung und Zusammenfassung der Thatsachen und weist mit beredten Worten auf die grossen Gefahren des Alkoholismus für das Menschengeschlecht hin, das „unter den Geisselhieben des Alkohols (und der Lues)" zu erliegen" droht. Dazu kommen noch mehrere kleinere meist Kasuistik enthaltende Aufsätze: „Zur Kasuistik der Kleinhirnsklerose" Arch. f. Psych. 1884, Bd. 15, „Simulirte Amnesie" Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 1884 N. F. Bd. 50, „Zur Paraldehydwirkung" Neurol. Centralbl. 1886 No. 3, „Zum Zusammenhang

zwischen allgemeiner Paralyse und Syphilis", Neurol. Centralbl. 1886 No. 23, „Tabes mit Paranoia und terminaler Paralyse" Allg. Zeitschr. f. Psych. 1886 Bd. 42.

Als Direktor Waehner im September 1890 in schwerkrankem Zustande Allenberg verliess, um nach Meran zu gehen, da übernahm Sommer, welcher 1885 zum zweiten Arzt befördert worden war und sich 1887 mit einer Kousine von Jensens Frau verheirathet hatte, die Direktorialgeschäfte zunächst provisorisch, aber bereits mit der bestimmten Aufgabe, die Verwaltung der Anstalt zu reorganisieren. Er unterzog sich dieser Aufgabe mit rastlosem Eifer und löste dieselbe mit grossem Geschick. Eins seiner ersten Werke war dann die Einrichtung der Familienpflege in Allenberg nach dem Muster von Ilten, Rockwinkel und Bunzlau. Seinen Plan durch den Bau von Wärterhäusern für ältere Wärter, denen Kranke in grösserer Zahl in Pflege gegeben werden sollten, zugleich die Familienpflege zu erweitern und zur Lösung der Wärterfrage beizutragen (ein Plan, der später in Uchtspringe ausgeführt worden ist), gelang es ihm leider nicht der Verwirklichung näher zu bringen. Dagegen hatte er die Freude, sein altes Ideal, die Irrenanstalten durch Errichtung einer kleinen Pflegeanstalt für irre Verbrecher und andere besonders störende Individuen von ihren unangenehmsten Elementen zu befreien und so eine freiere Bewegung der andern Insassen zu ermöglichen, endlich verwirklicht zu sehen, als im Mai 1897 die nach seinen Plänen im Anschluss an die Besserungsanstalt Tapiau erbaute Irrenpflegeanstalt für Männer eröffnet wurde. Vorher war wegen der Ueberfüllung der ostpreussischen Irrenanstalten, allerdings gegen seine Intentionen, (er hatte den Bau einer dritten Anstalt energisch befürwortet, war aber bei der Verwaltung nicht durchgedrungen) die Irrenanstalt Allenberg durch 4 Pavillons erweitert worden, welche, ebenfalls nach seinen Plänen ausgeführt, ruhigen arbeitenden Kranken einen behaglichen, allen Anforderungen moderner Hygiene entsprechenden Aufenthalt verschafften. Von seiner praktischen Wirksamkeit wäre noch zu erwähnen, dass er mit Einrichtung der Besuchs-Commissionen zur Revision der Privat-Irrenanstalten durch das Vertrauen der Regierung zum sachverständigen Mitglied der ostpreussischen Besuchs-Commission berufen wurde, welcher er bis zu seinem Tode angehört hat.

Seine wissenschaftliche Produktion hatte mit seiner Ernennung zum Direktor im allgemeinen ihr Ende erreicht. Die oben erwähnten praktischen Aufgaben, die zu lösen waren, die Last der Direktorialgeschäfte, die Sorgen für eine grosse Verwaltung, in welcher auf das sparsamste gewirthschaftet werden musste, nahmen ihm Zeit und Neigung zu wissenschaftlicher Bethätigung. Erst in den letzten Jahren hat er sich wieder einer solchen zugewandt und einige kleine Aufsätze veröffentlicht, den obengenannten über „Nervöse Veranlagung und Schädeldifformität" i. J. 1897, einen auf der fünften Jahressitzung des Nordostdeutschen Psychiatrischen Vereins Juli 1898 gehaltenen Vortrag: „Ein casuistischer Beitrag zur Hirnchirurgie", in der Allg. Zeitschr. f. Psych. 1899 Bd. 56 und als letzten „Aethermissbrauch in Ostpreussen", Neurol. Centralbl. 1899 No. 5, während er in einer rein anthropologischen Arbeit: Drei Grönländerschädel", veröffentlicht in den „Zoologischen Ergebnissen der von der Gesellschaft für Erdkunde zu Berlin ausgesandten Grönlandexpedition, nach Dr. Vanhöffens Sammlung bearbeitet", Stuttgart 1897, noch einmal seine Vorliebe für Schädeluntersuchungen und Schädelmessungen bethätigt hat.

Ausser für seine Fachwissenschaft hat Sommer stets ein lebhaftes Interesse für alle exakten naturwissenschaftlichen Disciplinen, besonders für Anthropologie, Ethnologie und Geographie gezeigt und auch mehrere diese Gebiete berührende Brochuren und Aufsätze allgemeinverständlichen Inhalts veröffentlicht, welche sich durch flüssigen Styl sowie durch eine lebendige und farbenreiche Darstellung auszeichnen. Er verfügte überhaupt über einen meisterhaften knappen und doch formvollendeten Styl, und seine Aufsätze, Gutachten, Berichte etc. können als Muster einer knappen, prägnanten Darstellung gelten, der es allerdings mehr auf ein abgerundetes Gesammtbild als auf die minutiöse Genauigkeit des Details ankam. Ein nüchterner Beobachter, war er allen philosophischen Spekulationen abhold, wie er überhaupt von Philosophie nicht viel wissen wollte. Selbst der Psychologie gegenüber verhielt er sich ganz ablehnend. Mit dieser Abneigung hängt es vielleicht auch zusammen, dass er kein besonderer Menschenkenner war.

Im übrigen aber sicherte ihm seine hervorragende Begabung, sein wissenschaftliches Ansehen, sein vielseitiges durch ein vorzügliches Gedächtniss gestütztes Wissen besonders auf allen Gebieten der exakten Wissenschaften mit Einschluss der Technik, für die er ein seltenes Interesse und Verständniss hatte, — alles dieses, sage ich, sicherte ihm von vornherein die Ueberlegenheit, wie sie der Direktor einer grossen Irrenanstalt haben muss. Dabei war er einfach und bescheiden in seinem Auftreten, eine liebenswürdige, conciliante Natur, die nach jeder Seite hin Anstoss zu vermeiden suchte, voll Güte und Freundlichkeit gegenüber seinen Kranken, denen er so viel Freiheiten gewährte wie nur irgend möglich, voll Wohlwollen und Liberalität gegenüber seinen Aerzten und Beamten, deren Wünschen er stets ein geneigtes Ohr lieh, und

voll Milde und Nachsicht gegenüber ihren Fehlern. Es fiel ihm sehr schwer, Jemandem eine Bitte abzuschlagen, und so kam es denn auch manchmal vor, dass seine Güte gemissbraucht wurde. Was seine Stellung gegenüber den Aerzten und den anderen Beamten anbetrifft, so gilt beinahe wörtlich, was von seinem Lehrer und Freunde Jensen in dem Nekrolog Jensen (Allg. Zeitschr. für Psych. 1892) gesagt wird: „Als Chef war er geneigt, uns frei schalten zu lassen, um uns Freude an der Sache zu bereiten. Er war frei von eifersüchtigen Neigungen, stets bereit sowohl anzuregen als auch Anregungen zu empfangen, und hatte das Geschick eine freie Bewegung der einzelnen Aerzte und Verwaltungsorgane zu vereinigen mit geschlossener Ordnung im Ganzen." In uneigennützigster Weise überliess er seine Beobachtungen und Notizen, die er im Laufe der Jahre (besonders auf dem Gebiete der praktischen Psychiatrie als Materialien zu einem „Lehrbuch der praktischen Psychiatrie", mit dessen Herausgabe er sich vor Jahren getragen hat) gesammelt hatte, jedem, der sie benutzen wollte, speciell den jüngeren Aerzten zu Doktordissertationen. Gern theilte er auch in der Unterhaltung von seinem reichen Wissen mit. Allerdings bedurfte er dazu, wenigstens in den letzten Jahren, wo er oft unter neurasthenischen Beschwerden litt, der Stimmung, die ihm aber meist in gemüthlicher Gesellschaft kam. Im übrigen war er, auch bezüglich der Veranstaltungen für die Kranken, ein Feind rauschender Festlichkeiten. Er fühlte sich am glücklichsten im Schosse seiner Familie. Hier bei seiner Frau und seinen drei Kindern, wie im Kreise gleichgesinnter Männer, wo er ein beliebter Gesellschafter war, suchte und fand er die Erholung von den Geschäften des Tages.

Das schwere Leiden, welches den frühzeitigen Tod Sommers herbeiführen sollte, (wie die Section ergeben hat, ein Pancreascarcinom, welches schliesslich die Pfortader comprimirt und die Leber in Mitleidenschaft gezogen hat), hat sicher schon längere Zeit, bevor es zu deutlichen Störungen führte, an seinem Lebensmarke gezehrt. Jedenfalls hat er sich seit zwei Jahren, abgesehen von einer hartnäckigen Schlaflosigkeit, an der er schon lange litt, gar nicht gesund gefühlt, wenn auch längere Zeiten kamen, wo er munterer und wohler war. Bei der letzten Versammlung nordostdeutscher Irrenärzte im Juli 1899 erschien er einigen Kollegen, die ihn von früher kannten, bereits unter dem Banne einer schweren Krankheit stehend, während uns, die wir täglich um ihn waren, die Veränderung nicht so aufgefallen war. Als er aber nach einem mehrwöchentlichen Erholungsurlaub Anfang September zurückkam, lies ein deutlicher Ascites zugleich mit starker Abmagerung über den Ernst des Leidens keinen Zweifel. Wenn er auch die Direktorialgeschäfte wieder übernahm, so machten doch trotz aller Energie, mit der er sich gegen das Leiden wehrte, die zunehmenden Beschwerden nach einigen Wochen ihm die Weiterführung des Amtes unmöglich. Seit Mitte Oktober beurlaubt, sollte er dasselbe nicht wieder aufnehmen. Nur zeitweilig verschafften ihm die mehrfach wiederholten Punktionen Erleichterung. In der Frühe des 10. Januars hat ihn ein sanfter Tod von seinen schweren, mannhaft ertragenen Leiden erlöst.

Mit ihm ist ein tüchtiger Psychiater und ein hervorragender Mensch dahingegangen. Hoppe (Allenberg).

Mittheilungen.

Im preussischen Abgeordnetenhaus bemängelte bei der am 16. d. Mts. stattgehabten Generaldebatte über den Staatshaushalt der national-liberale Abgeordnete Sattler, dass trotz des günstigen Standes der Finanzen unter anderem auch für das grosse Ressort der Medizinalverwaltung gar keine Ausgaben im Extraordinarium in Aussicht gestellt sind.

— **Frauen als Irrenärzte**. Durch die Anstrengungen der Mitglieder des Frauenklubs in San Francisco in den Vereinigten Staaten hat sich der Gouverneur von Californien veranlasst gefühlt, Aerztinnen an der Frauenabteilung der staatlichen Irrenanstalt anzustellen.

Auch in den Kreisen der deutschen Irrenärzte ist über diese Angelegenheit — Verwendung von Aerztinnen im Irrenanstaltsdienst — bereits discutirt worden. Geh. Med.-Rath Dr. Ludwig hielt in der vor Kurzem in Heppenheim stattgehabten Wanderversammlung hessischer Irrenärzte einen diesbezüglichen Vortrag, in welchem er die von dieser Neuerung für das Irrenwesen zu erwartenden Vortheile erörterte.

— Berlin. Die jetzigen, nahe der Kapelle belegenen Festräume der städtischen Irrenanstalt zu Dalldorf sind unzureichend, und es ist schon längst ein Wunsch der Verwaltung, dass dieselben aus dem Hauptbau heraus verlegt und auskömmlicher hergestellt werden. Hauptsächlich ist dieser geplante Neubau für ein Theater zur Unterhaltung der Irren bestimmt. Nach vorläufigen Ermittelungen wird dieses neue Irrentheater in Dalldorf die Kleinigkeit von 174 000 Mark kosten. In seiner gestrigen Sitzung überwies der Magistrat die Angelegenheit einem vorberathenden Ausschuss von drei Mitgliedern. (Berl. Tageblatt.)

— **Gedächtnissuntersuchungen an Schülern.** Der Berliner Verein für Kinderpsychologie



hielt am Freitag den 19. d. M. seine erste ordentliche Sitzung ab. Nach einem längeren einleitenden Vortrage des Vorsitzenden Herrn Prof. Dr. C. Stumpf: „Zur Methodik der Kinderpsychologie", in dem zugleich die Aufgaben des Vereins des Näheren skizzirt wurden, theilte Herr Oberlehrer Dr. Kemsies die sehr interessanten Ergebnisse von Gedächtnissuntersuchungen mit, die er an Schülern der Friedrich-Werderschen Realschule angestellt hat. Es wurden zu diesem Zweck den Schülern immer zehn zweisilbige Fremdwörter, die der lateinischen Sprache entnommen und ihnen gänzlich unbekannt waren und mit der hinzugefügten Bedeutung keinerlei Aehnlichkeit aufwiesen (z. B. curus = Ostwind, segnis = träge), vorgelegt. Die Einprägung sollte rein mechanisch erfolgen, jede Reihe wurde in gleichmässigem Rhythmus fünfmal hinter einander in 200 Sekunden dargeboten. Die behaltenen Worte wurden auf Zettel geschrieben und dem Lehrer übergeben. Um festzustellen, bei welcher Art des Gedächtnisses das Einprägen am besten vor sich ginge, ob beim Gehörs- oder beim Gesichtsgedächtniss oder bei der im Schulunterricht gewöhnlich angewandten kombinirten Methode, wurde ein dreifaches Verfahren eingeschlagen: die Wörter der ersten Versuchsreihe wurden vom Lehrer vorgesprochen, die der zweiten gedruckt oder geschrieben vorgezeigt und die der dritten zugleich gezeigt und gelesen. Bei solchen Versuchen, die mit Untersekundanern in einem Durchschnittsalter von $15^1/_2$ Jahren gemacht wurden, ergab sich, dass von der Gesammtzahl der in den drei Reihen dargebotenen Worte 58,4 Prozent behalten wurden. Wort und Bedeutung richtig mit einander verknüpft wurde in 50 Prozent der Fälle, Umstellungen in der richtigen Reihenfolge kamen in 16,6 Prozent der Fälle vor. Nur gelegentlich traten falsche Associationen und kleinere Fehler in der Wiedergabe der gegebenen Wörter ein. Betrachtet man dagegen die drei auf verschiedene Methoden eingeprägten Reihen für sich, so ergiebt sich, dass das Gehörsgedächtniss dem Gesichtsgedächtniss und auch der kombinirten Methode bedeutend überlegen ist; die vorgesprochene Reihe wurde um 13,1 Prozent besser behalten als die gesehene und um 8,3 Prozent besser als die in kombinirter Methode mitgetheilte. Es kommt dies wahrscheinlich daher, dass beim visuellen Gedächtniss die Aufmerksamkeit sehr stark beeinträchtigt ist. Bei einer Wiederholung entsprechender Versuche, die mehrere Wochen später gemacht wurde, zeigte sich der Einfluss der Uebung sehr deutlich bei der bis dahin ungewohnten akustischen und visuellen Methode, in sehr geringem Masse dagegen bei der im Unterricht gewöhnlichen kombinirten. Dieselben Versuche wurden auch in der Quarta gemacht, und es zeigten sich, der Altersdifferenz entsprechend, geringere Gedächtnissleistungen, im Durchschnitt um 10,6 Prozent, so dass man die Zunahme der Gedächtnissfähigkeit in diesem Alter etwa auf 3,5 Prozent pro Jahr annehmen könnte. Auch in anderen Klassen wurden solche Versuche gemacht, immer zeigte sich das Lernen durch das Gehör dem durch das Gesicht entschieden überlegen. Als dagegen im psychologischen Institut der Universität die Experimente unter bedeutend schärferen und günstigeren Bedingungen durchgeführt wurden, bei denen die Art der Aufnahme für Auge und Ohr möglichst unter den gleichen Bedingungen gemacht war, zeigte es sich, dass im Allgemeinen die Schüler nach beiden Methoden etwa gleich gut lernten. (Berl. Tagebl.)

— **Die Psychiatrie ausserhalb der Anstalt.** Die Tagespresse berichtet aus Harburg a. E.: Zu dem am 20. d. Mts. verübten Mord und Selbstmord in der Kruse'schen Familie werden folgende Einzelheiten berichtet. Als heute Morgen der Bruder Heinrich Kruses, der Malermeister Kruse, ihn besuchen wollte, um ihm im Geschäft zu helfen, fand er die Wohnungsthür verschlossen und alles Klopfen war vergeblich. Nachdem die Thür gewaltsam geöffnet worden war, bot sich den Eintretenden ein grauenhafter Anblick dar. Kruse lag angekleidet mit durchschnittenem Halse todt auf seinem Bette; vor letzterem stand ein zum Theil mit Blut gefüllter Kücheneimer. Da das Bett wenig Blutspuren zeigte, so liegt die Vermuthung nahe, dass Kruse, nachdem er sich den Hals durchschnitten, das Blut hat in den Eimer laufen lassen und dann auf das Bett gesunken ist. Die Ehefrau des Mörders lag gleichfalls todt auf ihrem Bett; der Hals zeigte mehrere Wunden, während das Bett überall mit Blut besudelt war. Ganz wahrscheinlich ist Kruse gestern Morgen aufgestanden, als seine Frau noch schlief, hat sich angekleidet und dann in einem Anfall von Geistesgestörtheit zunächst seine Frau ermordet. Kruse ist bereits mehrere Male in der Irrenheilanstalt zu Hildesheim gewesen, am 20. November vorigen Jahres wurde er ins hiesige Krankenhaus gebracht, weil er sich in selbstmörderischer Absicht Schnittwunden an beiden Armen beigebracht hatte. Die Eheleute lebten in geordneten Verhältnissen und waren seit 26 Jahren verheirathet.

— **Endlich das richtige Mittel gegen die Trunksucht!** schreibt die Deutsche Destillateurzeitung. Drei französische Aerzte, Broca, Sapelier und Thibault, haben ein Serum hergestellt, welches bei Thieren, denen es subcutan eingespritzt worden war, und welche vorher den Alkohol nicht verabscheut hatten, einen solchen Ekel vor diesem erregte, dass sie die Nahrung nicht mehr zu sich nahmen, die auch nur in geringster Weise Alkohol erkennen liess. Die genannten Aerzte haben den vorläufig noch nicht genau festgestellten Stoff „Antiaethylen" genannt und bereits Gelegenheit gehabt, ausgesprochene Säufer mit ihm zu behandeln, wobei genau die gleichen Resultate sich ergaben, wie bei den Versuchen mit Thieren. Der Säufer verliert allen Geschmack am Alkohol in jeder Form, am Branntwein, am Likör, am Rum, Cognac etc. Nur der Wein ist wunderbarer Weise nicht mit betroffen. In der ersten Zeit nach der Behandlung mit dem neuen Serum lässt der Appetit im Allgemeinen etwas nach, er kehrt aber doch bald wieder und ein Kräfteverfall ist nicht zu beobachten. Wenn sich diese wichtige Erfindung, deren Kenntniss wir einer Mittheilung des Patent- und technischen Bureaus von Richard Lüders in Görlitz verdanken, in der Praxis ebenso gut bewährt, wie im Laboratorium, so

wird endlich den argen Verwüstungen Einhalt gethan, welche der schlimmste Feind der Menschheit, das Laster der Trunksucht, in ihren Kreisen anrichtet.

Psychiatrischer Brief aus Rom.

In dem Folgenden beschränke ich mich darauf, den Bericht des Dr. Santo Liquido, Mitglied der Sanitätsabtheilung des Ministeriums des Innern, über den gegenwärtigen Stand der Irrenfürsorge und -Pflege in Italien den Lesern der Psychiatrischen Wochenschrift, soweit er von allgemeinerem Interesse, mitzutheilen.

1. Zahl der Irrenanstalten und verwandten Institute. Irrenanstalten im eigentlichen Sinne giebt es im Ganzen 41; daneben existiren noch 3 Gefängniss-Irrenanstalten (manicomî giudiziarî) in Aversa, Montelupo und Reggio Emilia. Solche Krankenhäuser, welche Irrenabtheilungen haben, und solche Spitäler, welche speciell chronische, ruhige, unheilbare Geisteskranke aufnehmen, giebt es 64. Genesungshäuser, die speciell für sehr aufgeregte Irre bestimmt sind, existieren 23.

2. Zahl der Geisteskranken. — Durch die amtliche Zählung wurde dieselbe am 1. Juli 1898 auf 36931 festgestellt; die Kranken befanden sich zum grössten Theil in den eigentlichen Irren-Anstalten, deren Bevölkerungsziffer 28364 beträgt; in den Irrenabtheilungen der anderweitigen Institute hielten sich 2793 Irre auf; in den Spitälern für unheilbare Geisteskranke waren deren 2573, in den Anstalten für sehr erregte Kranke 1118, in den Gefängniss-Irrenanstalten 667. Es bleiben also 1416 Geisteskranke übrig, welche in ihrer Heimath verpflegt werden. Berücksichtigt man noch einige Geisteskranke, die, in anderweitigen Krankenhäusern untergebracht, nicht genau censirt sind, und andere, die in Taubstummenanstalten verpflegt werden, so dürfte man als Gesammtzahl 37000 annehmen.

3. Zahl der Geisteskranken in den einzelnen Provinzen. Um diese mit möglichster Genauigkeit festzustellen, hat man die Zahl der armen Geisteskranken zu Grunde gelegt, welche am 1. Juli 1898 der Fürsorge der betreffenden Provinzialverwaltungen anheimgefallen waren. Diese Untersuchung hat ergeben, dass die Anstalten der Provinzen Toscana, Emilia, Ligurien, Umbrien, Venetien, Lazien, Marche und Lombardei die meisten Kranken besitzen. Dagegen besitzt Piemont von allen Provinzen Nord- und Mittelitaliens die wenigsten Geisteskranken. Die niedrigsten Ziffern weist Süditalien und besonders Sardinien auf, während sie in Sizilien etwas höher sind als in Süditalien.

Es ist Grund anzunehmen, dass die niedrige Zahl von Geisteskranken in den Anstalten Süditaliens im Verhältniss zu derjenigen des übrigen Italiens nicht sowohl auf die geringe Zahl der dort vorhandenen Anstalten, als vielmehr auf das Fehlen der Pellagra und die geringere Verbreitung des Alkoholismus zurückzuführen ist, welche letzteren beiden in den übrigen Theilen Italiens die vorwiegenden Ursachen der Erkrankungen bilden.

4. Institute, deren sich die verschiedenen Provinzen zur Bewahrung der armen Geisteskranken bedienen. — In Nord- und Mittelitalien befanden sich dieselben am 1. Juli 1898 mit wenigen Ausnahmen in den Irrenanstalten und verwandten Instituten der betreffenden Provinzen und Bezirke untergebracht. Verschiebungen kamen nur wenig vor; z. B. werden die armen Geisteskranken von Porto Maurizio in Como, die von Mantua in Venetien und Reggio-Emilia verpflegt. Süditalien dagegen muss, was die Hospitalisirung der Irren anbelangt, als Ganzes betrachtet werden, da seine einzelnen Provinzen auf die wenigen in Abruzzien, Campanien und Calabrien gelegenen Anstalten angewiesen sind; es ergab sich auf diese Weise, dass von 3504 Irren 3458 in den süditalienischen Anstalten und nur 46 anderwärts in Anstalten untergebracht waren.

Auch die Geisteskranken Siciliens und Sardiniens waren am 1. Juli 1898 fast sämmtlich in den Irrenanstalten dieser Länder verpflegt.

Die vorstehenden Angaben haben deshalb einen besonderen Werth, weil sie zu zeigen geeignet sind, dass die Statistik der einzelnen Krankheitsformen, wie sie von den einzelnen Anstalten geliefert wird, gleichzeitig die in den einzelnen Gegenden obwaltenden Bedingungen für die Häufigkeit oder wenigstens für die verschiedene Artung der Geistesstörungen wiederspiegelt. Die Anstaltsstatistik kann also in Anbetracht der unerheblichen Verschiebung der Kranken die Grundlage für die geographische Vertheilung der verschiedenen Psychosen in den verschiedenen Gegenden Nord- und Mittelitaliens und auch Süditaliens, letzteres aber im Ganzen genommen, gelten.

5. Hilfs-Irrenanstalten und Spezialanstalten; besondere Erwähnung verdienen a) die Anstalten für die Pellagrösen und neben diesen die „Sanitäts-Herbergen“ (locande sanitarie), die namentlich in Venetien sich für die Landbevölkerung als sehr nützlich erweisen. b) die Spezialanstalten zur Erziehung Schwachsinniger. c) die Asyle für die ruhigen chronischen Unheilbaren. Sie sind für die eigentlichen Irrenanstalten unentbehrlich, die durch Abgabe von Unheilbaren an jene sich entlasten können; auch vom ökonomischen Standpunkte sind sie nothwendig, da für diese Kategorie von Kranken die Verpflegung in der Irrenanstalt zu kostspielig ist. Von manchen Irrenanstalten werden, um der Überfüllung vorzubeugen, schon längst chronische, ruhige Unheilbare in Armenhäuser oder ähnliche Institute geschickt, wo der Verpflegungssatz ein viel niedrigerer ist.

Im Allgemeinen kann diese Massnahme für den Augenblick als sehr praktisch bezeichnet werden.

Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass nicht alle Armen- und ähnliche Häuser als dem Zweck der Bewahrung von Geisteskranken, und seien es auch nur ruhige chronische, entsprechend bezeichnet werden können; namentlich solche, die statutenmässig zur Aufnahme von Waisenkindern bestimmt sind, dürften am allerwenigsten für solchen Zweck geschaffen sein, zumal wenn keine genügende Trennung stattfindet; es kann nicht ausbleiben, dass diese Ver-

mischung von Irren und Kindern den letzteren Schaden zufügt und an sich ist sie schon unpassend und unzuträglich.

Am 1. Juli 1898 befanden sich in solchen Anstalten 1476 ruhige, chronische Geisteskranke, welche dorthin von den Irrenanstalten überführt waren.

6. Beobachtungen über die Zunahme der Geisteskranken in den Irrenanstalten und verwandten Instituten. Die gegenwärtige Statistik weist eine höhere Zahl auf, als die der früheren Jahre; es muss jedoch berücksichtigt werden, dass dieselbe diesmal eine vollständigere ist als früher, da sie sich auf eine grössere Zahl von Anstalten sowie auf manche in der eigenen Familie verpflegten Kranken erstreckt; es kann also nicht ohne Weiteres der Schluss auf eine wirkliche Zunahme der Geisteskranken in Italien gezogen werden.

Auch die stärkere Belegung der Irrenanstalten ist kein Beweis für das grössere Umsichgreifen der Geistesstörungen, denn sie ist zunächst auf das Bestreben der modernen Bevölkerung zurückzuführen, die Kranken jeder Art alsbald in Obhut zu bringen. Es dürfte sich also nur um eine scheinbare Zunahme handeln.

Die erste Frage erfordert vielmehr eine genaue, jährlich zu wiederholende Forschung, der die vorliegende Untersuchung zu Grunde gelegt werden kann.

7. Über einige besondere Erkrankungsformen, speciell die pellagröse, alkoholische und paralytische. Es ist festgestellt worden, dass am 1. Juli 1898 in den öffentlichen Irren- und verwandten Anstalten 2660 Pellagröse, 1387 Alkoholiker und 779 Paralytiker verpflegt wurden. Die Gegenden, in deren Anstalten sich die meisten Pellagrösen befinden, sind Venetien und Umbrien; es folgen in der Reihenfolge der Abnahme: Lombardei, Emilia, Marche, Piemont und Toscana. In den Anstalten des übrigen Italiens sind die Pellagrapsychosen fast unbekannt. Vergleiche mit früheren Zählungen ergaben, dass diese Psychosen seit einiger Zeit in einem beinahe constanten Verhältniss zu der Gesamtzahl der übrigen Geistesstörungen stehen; doch wird bemerkt, dass wenn eine bemerkenswerthe Änderung sich auch nicht in dem Gesamtverhältniss findet, doch in einzelnen Bezirken, besonders Umbrien und Marche, eine Zunahme statthat; hingegen sind die Procentziffern der Pellagrösen zurückgegangen in Venetien, Lombardei und Emilia. — Die alkoholischen Geistesstörungen waren am häufigsten in den Anstalten von Latien, Ligurien, Piemont und dann in der Reihenfolge der Abnahme in denen von Lombardei, Emilia, Marche, Venetien, Sardinien und Umbrien. Die niedrigste Zahl von Alkoholikern fand sich in den Anstalten Süditaliens und Siziliens. Auf Grund des Vergleichs mit den früheren Statistiken werden die alkoholischen Geistesstörungen als in continuirlicher Zunahme begriffen bezeichnet.

Die paralytischen Erkrankungen, 779 an Zahl, betrafen, wie dies schon in früheren Epochen festgestellt worden, vorwiegend Männer und zwar der bemittelten Stände und was die Ursache anlangt, so wurde als solche in 31% Syphilis anamnestisch festgestellt. Die meisten Paralytiker führten die Anstalten Campaniens, Latiens und Liguriens.

8. Der Kostenaufwand der Provinzialverwaltungen für die Bewahrung und Cur der unbemittelten Geisteskranken bezifferte sich im Jahre 1897 auf über 14000000 ₤ und zwar kamen z. B. in Ligurien auf den Kopf der Bevölkerung 0,87 ₤, in Apulien nur 0,11 ₤ für die Irrenpflege. Auch aus diesen rein administrativen Ziffern erschliesst sich ein Bild von der geographischen Vertheilung der Geisteskrankheiten.

Die von den Provinzialverwaltungen aufzubringenden Lasten für die Bewahrung der unbemittelten Irren steigen von Jahr zur Jahr. In manchen Provinzen jedoch verringern sich dieselben durch die Erträge der den Anstalten eigenthümlich gehörigen Anwesen, sowie durch diejenigen frommer Institute und durch Legate, welche Erträge zusammen im Jahre 1897 die Provinziallasten um fast eine Million ₤ erleichterten.

9. Uebelstände und Bedürfnisse der Irrenanstalten. — Die ersteren bestehen a) darin, dass bei manchen Irrenanstalten Beobachtungs-Abtheilungen und Abtheilungen für Verbrecher und für Kranke mit ansteckenden Krankheiten, sowie Räume für das Pflegepersonal fehlen; b) in der beträchtlichen Ueberfüllung der Anstalten, die stellenweise ein Hinderniss für die normale Abwicklung des Dienstes bildet; c) in der Thatsache, dass mehr als 4000 Geisteskranke am 1. Juli 1898 über die normale Belegzahl der 41 im Königreich existirenden Anstalten hinaus verpflegt wurden; d) dass in einigen Anstalten die Zahl der Aerzte im Verhältniss zu derjenigen der Irren zu gering ist; e) dass 11 Anstalten über keine landwirthschaftliche Kolonie verfügen und dass in anderen zu wenig für Beschäftigung der Kranken gesorgt ist; f) dass in manchen Anstalten die Baulichkeiten nicht hygienisch einwandfrei sind, dass sie da und dort innerhalb der Stadt liegen oder neben anderen Krankenhäusern, dass die Trinkwasserversorgung und die Abwässerung eine mangelhafte ist. Getadelt werden ferner bei einzelnen Anstalten die Beheizungs- und Beleuchtungs- sowie Ventilationsanlagen. In einigen Anstalten fehlt es ausserdem zufolge von Constructionsfehlern an geeigneten Isolirzimmern.

Gegenüber all' diesen im Bericht erwähnten Mängeln wird daran erinnert, dass die Provinzialverwaltungen in steigendem Masse bestrebt sind, für die Bewahrung und Cur der unbemittelten Irren zu sorgen, wie die zunehmenden Ausgaben beweisen, dass überall, wo es thunlich, Verbesserungen getroffen werden, wofür die vielfach geplanten Erweiterungs- und Neubauten angeführt sind, speciell letztere werden geplant oder sind in Ausführung begriffen in Ancona, Avezzo, Neapel, Palermo, Sassari, Aquila.

10. Aufnahme- und Entlassungsverfahren bei den Anstalten. — In Kapitel IX und X wird erläutert, eine wie verschiedenartige Handhabung in diesen beiden Punkten an den einzelnen Anstalten obwaltet.

An einigen, wie in den toskanischen, sind bei der Aufnahme und Entlassung die Justizbehörden be-

theiligt; in anderen wiederum die politischen Behörden oder die Vorsitzenden der Provinzialdeputationen bezw. der wohlthätigen Gesellschaften. In noch anderen schliesslich, glücklicherweise der Minderzahl, sind diese beiden Verfahren primitiv und die Garantien sowohl für den einzelnen wie für die Gesellschaft sehr geringe.

11. Befugnisse der Direktoren in den einzelnen Anstalten. — Folgende dem Bericht entnommene Daten geben hierüber Aufschluss: mehr als die Hälfte der Direktoren hat keinen Zutritt zu dem Verwaltungsrath; einige werden jedoch mit einer berathenden Stimme betraut, soweit es sich um technische Fragen handelt, so die Direktoren in Alessandria, Novara, Como, Turin, Voghera, Mailand u. s. w. (folgen noch 8 Anstalten); b) was die Ernennung des Pflegepersonals anlangt, so machen an der Mehrzahl der Anstalten die Direktoren ihren Verwaltungen nur die entsprechenden Vorschläge. Dagegen dürfen sie an anderen Anstalten (es werden hier 11 aufgezählt) die Ernennung direkt vollziehen. In einigen Anstalten schliesslich, wie in Turin, Cremona und Nozera scheinen sie dabei in gar keiner formalen Weise betheiligt zu sein. c) Was die Disziplinarbefugnisse der Direktoren gegenüber dem Pflegepersonal anlangt, so ist ihnen in der Mehrzahl der Anstalten die Ertheilung leichter Strafen übertragen, während die schwereren der Competenz der Verwaltungsräthe vorbehalten bleiben. — An 11 Anstalten dagegen dürfen jene selbständig die Dienstentlassung verfügen.

12. Ernennung der Direktoren und Assistenzärzte. — Erstere werden von den Provinzial-Verwaltungsräthen ernannt; soweit sie an Anstalten fungiren, die von frommen Stiftungen unterhalten werden, von den diesen vorstehenden Consilien. Die Ernennung geschieht entweder durch Berufung, Ausschreibung oder Beförderung; in Palermo durch den Präfekten, sei es nach Ausschreibung oder Berufung. Die übrigen Aerzte werden im Allgemeinen durch die Provinzialdeputationen oder die Verwaltungsräthe der Anstalten nach Ausschreibung oder auf Vorschlag des Direktors ernannt.

13. Die Beaufsichtigung der Anstalten. Sie stehen, soweit sie staatlich sind, unter der Aufsicht der Provinzialverwaltungen oder der Behörden der öffentlichen Wohlfahrt, soweit sie von letzterer abhängig sind; letztere wiederum sind gemäss den Verwaltungsvorschriften vom 4. Mai 1898 der Obhut des Provinzialverbandes (Giunta Provinciale amministrativa) unterstellt. Einige Verwaltungen, wie die der Provinzen Treviso, Udine, Vicenza, beaufsichtigen ihre Anstalten durch ärztliche Verwaltungsoberbeamte.

Bei Anstalten, welche von verschiedenen Provinzen benutzt werden, z. B. denjenigen Venetiens, Nozera inferiore und Terano, wird die Aufsicht von einer aus den Delegirten der einzelnen Provinzen zusammengesetzten Commission ausgeübt. — Die Provinzen üben auch die Aufsicht über die Stiftsanstalten aus, soweit sie in denselben auf eigene Kosten ihre Kranken verpflegen.

Die übrigen Geisteskranke beherbergenden Institute können bis zu gewissen Grenzen von den Präfekten inspicirt werden, sowohl gemäss der allgemeinen Bestimmungen des Communal- und Provinzialgesetzes wie auf Grund der Artikel 1, 11, 35 des Sanitätsgesetzes vom 22. December 1888, wobei in jedem Falle der Provinzialarzt, der speziell für diese Funktion eingesetzt ist, herangezogen wird.

14. Schutz des Vermögens der Geisteskranken. — Die Mehrzahl der Anstaltsdirektionen beschränkt ihre eigene Thätigkeit in dieser Beziehung darauf, die Gegenstände, welche die Kranken beim Eintritt in die Anstalt mit sich führen, zu verwahren. Die Direktionen von 9 Anstalten dagegen benachrichtigen von der Aufnahme eines jeden Kranken den Staatsanwalt, um die Einleitung vormundschaftlicher Schritte zu ermöglichen. Die Direktionen zweier Anstalten jedoch machen diese Mittheilung nur in den Fällen, wo es die Vermögens- und sonstigen Verhlätnisse des einzelnen Kranken zu erheischen scheinen.

15. Familiale Pflege der Irren. — In einigen Gegenden scheint sie sich einführen zu wollen, am meisten verbreitet sie sich in Venetien, Toscana, Umbrien, Terra di Lavoro. — Bei der Irrenanstalt von Reggio Emilia ist eine Familienpflege nach dem Vorbild von Gheel eingerichtet; in manchen Provinzen jodoch besteht eine Abneigung gegen diese Art der Verpflegung, da der Versuch schlecht ausgefallen war; dies trifft namentlich für Belluno zu. Es ist in der That mehrfach beobachtet worden, dass die so verpflegten Irren fortfuhren, öffentliches Aergerniss zu erregen und sich als gemeingefährlich erwiesen, während das Pflegegeld, welches die Familie erhält, zu allem Anderen als zu dem eigentlichen Zwecke verwendet wird. Es hat sich daraus ergeben, dass die Familienpflege armer Geisteskranker sich nicht an allen Orten einführen lässt und dass, wenn sie von praktischem Nutzen sein soll, eine strenge und andauernde Beaufsichtigung erforderlich ist.

16. Fürsorge für arme aus den Anstalten entlassene Geisteskranke. — Bei einigen ansehnlicheren Anstalten funktionieren sehr verdienstliche Schutzvereine für solche Kranke, während in anderen zur Vertheilung von Unterstützungen an Bedürftige kleine Summen ausgeworfen sind.

Prof. G. Mingazzini.

Rom, 31. Dezember 1899.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaktion wird gebeten).

— Der Charakter eines Geheimen Sanitätsraths wurde verliehen Herrn Sanitätsrath Dr. Zenker in Bergquell-Frauendorf.

— Der Stern zum Kronenorden 2. Klasse wurde verliehen Herrn Geh. Oberregierungsrath Dr. Klein, Landeshauptmann der Rheinprovinz. —

Zur Besprechung eingegangen:

Kraepelin, Die psychiatrischen Aufgaben des Staates. Jena. 1900.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien.)

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 45. 3. Februar **1900.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Ueber die krankhafte Lüge.*)

Von *Dr. Theodor Ranniger*-Sonnenstein.

Den Begriff der pathologischen Lüge oder Pseudologia phantastica in die Psychiatrie eingeführt zu haben, ist ein Verdienst von A. Delbrück**), welcher diesem Gegenstande im Jahre 1891 eine ausführliche, zahlreiche Krankenbeispiele enthaltende Monographie widmete. Im Jahre 1892 brachte Moeli***) und bald darauf Schäfer†) weitere kasuistische Mittheilungen über dieses Symptom. In jüngster Zeit (1898) hat noch Köppen††) durch Mittheilung von 3 ausführlichen forensischen Fällen den Begriff der pathologischen Lüge schärfer zu fassen und enger zu umgrenzen gesucht.

Die Literatur über diesen Gegenstand ist also noch eine verhältnissmässig kleine und auch die bekannteren Lehrbücher berühren denselben nur mit wenigen Worten. Dabei betonen die genannten Autoren übereinstimmend die grosse Wichtigkeit der fraglichen Krankheitserscheinung, behaupten aber, dass sie verhältnissmässig selten sei. Schäfer sagt geradezu: „Jedenfalls finden wir Lüge und Unaufrichtigkeit bei Geisteskranken seltener als man erwarten sollte, und, wie ich glaube, im Ganzen seltener als bei Gesunden." Ich möchte bezüglich der Häufigkeit des Symptomes anderer Meinung sein, doch ist das Sache der subjektiven Überzeugung, für die sich ein strenger Beweis schwerlich führen lässt. Jedenfalls dürfte es nicht unerwünscht sein, weiteres kasuistisches Material zur Beurtheilung dieser Krankheitserscheinung zu haben. Gestatten Sie mir deshalb einige hierher gehörige Krankengeschichten kurz mitzutheilen.

Ernst Hugo P., Kirchschullehrer aus R., 53 Jahre alt, ist erblich belastet, soll gut befähigt, aber von jeher menschenscheu, argwöhnisch und misstrauisch gewesen sein. Er war bereits zweimal (1867 und 1883) auf kurze Zeit in der Anstalt, angeblich wegen manischer Erregung und wurde als genesen entlassen. Doch scheint er nach der zweiten Entlassung seine volle Gesundheit nicht wieder erlangt zu haben, denn er hat sich seit 1884 immer sehr eigensinnig, reizbar, streitsüchtig gezeigt, hat oft zu Klagen in seiner Amtsführung Anlass gegeben und verdankt es nur der Nachsicht und Langmuth seiner Vorgesetzten, dass er nicht längst seine Stellung verloren hat. Seit dem Sommer 1898 machte sich wieder eine steigende Erregung bei ihm geltend. Er wurde immer nachlässiger im Dienst, trieb während des Schulunterrichts allerhand Allotria,

*) Vortrag, gehalten in der V. Versammlung der Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen zu Leipzig am 22. Oktober 1899.

**) Die pathologische Lüge und die psychisch abnormen Schwindler. Stuttgart 1891.

***) Lüge und Geistesstörung. Ein Gutachten von Dr. C. Moeli-Dalldorf. Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 48, Heft 4.

†) Lüge und Geistesstörung. Im 2. Bericht über die Privatheilanstalt Schweizerhof. 1893.

††) Ueber die pathologische Lüge (Pseudologia phantastica). Charité-Annalen. Jahrgang XXIII, S. 674.



belästigte die Behörden mit mannigfachen und albernen Beschwerden und bedrohte diejenigen, die ihm entgegentraten, mit Gewaltthat und Todtschlag. Gegen Weihnachten zerstörte er eine Anzahl Kirchengeräthe in der Sakristei seiner Ortskirche und erstattete dann Anzeige gegen den Pfarrer als Urheber dieses Unfugs. Dies führte schliesslich zu seiner Unterbringung in der Anstalt.

In den ersten Tagen seines Anstaltsaufenthaltes hielt sich der Kranke ziemlich ruhig, zeigte immer ein etwas gespreiztes, selbstbewusstes Wesen. Bald gerieth er aber in Zwiespalt mit anderen Kranken und mit dem Pflegepersonal, und da auf seine zahlreichen Klagen über dieselben nicht jedes Mal sofort Abhülfe geschafft wurde, zeigte er sich immer gereizter anmassender, schimpfte in der gröbsten Weise über die Anstalt und deren Beamte, erging sich in endlosen mündlichen und schriftlichen Beschwerden. Dabei zeigte sich bald, dass er es mit der Wahrheit nicht genau nahm. So versteckte er fremde Sachen in der Schublade seines Pflegers, und suchte diesen darauf des Diebstahls zu beschuldigen. Ein Vorhalt darüber führte nur zu heftigen Ausfällen gegen den betreffenden Pfleger. Aehnliche Vorfälle wiederholten sich oft. Er behauptete im vorigen Herbst in Paris gewesen zu sein und sich dort dem Direktor der musikalischen Akademie Dubois vorgestellt zu haben, welcher ihm sofort eine Freistelle für das Studium an dieser Anstalt verschafft habe. Er erzählte dann, dass er bei seinem Aufenthalte in Paris auch die Bekanntschaft des Ministers Cavaignac gemacht habe und dass er von diesem als Offizier in der Fremdenlegion angestellt worden sei. Weiter behauptete er schon seit vielen Jahren als Agent und „geh. Konsul" unter dem Namen Tyras Hugo Ernest P. im Dienste Frankreichs zu stehen und regelmässig dem französchen Konsul Marquis Henricourt in L. über seine Thätigkeit mündlich und schriftlich Bericht erstattet zu haben. Nach einem Besuche seines Pfarrers, bei dem er sich sehr anmassend und ungezogen benahm, behauptet er seit Jahren heimlicher Katholik zu sein und von seinem Freunde Cavaignac eine Anstellung als katholischer Priester in Paris erhalten zu haben. Nach einem Besuche seines ältesten Sohnes erzählt er: „Dieser habe sich bei der Königin wegen der unberechtigten Einsperrung seines Vaters mündlich beschwert und das Versprechen erhalten, dass sämmtliche Aerzte verhaftet würden, wenn er nicht binnen drei Tagen entlassen sei. Die Königin habe dabei geäussert, es lägen schon zahlreiche Beschwerden gegen den Direktor der Anstalt vor, und ihr sei dieser Anlass, einmal energisch gegen denselben vorzugehen, sehr willkommen."

Diese Beispiele, die sich noch um viele vermehren liessen, genügen wohl, um die Renommistereien des Kranken zu kennzeichnen. Dass er selbst an dieselben nicht glaubt, und es sich also nicht um Wahnideen handelt, wird dadurch bewiesen, dass er sich später wiederholt rühmt, die Aerzte tüchtig verkohlt zu haben. An seine Frau schreibt er: „Nach 9 monatlicher Pause im Anschauen Deiner Visage muss ich lachen, wie Du hier die Aerzte schändlich belogen hast — gleich wie ich! Clemens lachte, dass mir das Manöver so trefflich gelungen!" Auch sei noch darauf hingewiesen, dass der Kranke zwar etwas erregt, reizbar und zu masslosen Zornausbrüchen geneigt, aber keineswegs verwirrt oder ideenflüchtig ist. Auch lässt sich ein erheblicher Intelligenzdefekt bei ihm nicht nachweisen, namentlich ist das Gedächtniss für die Vorgänge sowohl der jüngsten als der früheren Vergangenheit ein sehr gutes. Eine psychische Abschwächung macht sich nur auf dem Gebiete der höheren ethischen Gefühle geltend. Eine beträchtliche Urtheils- und Kritiklosigkeit muss man allerdings bei ihm voraussetzen, wenn er sich einbildet, dass seine albernen Aufschneidereien bei den Aerzten Glauben finden.

Wenden wir uns nun zu dem zweiten Falle:

Richard von R., früher Eisenbahndiätist, geboren 1848, ist ohne erbliche Anlage zu Seelenstörung, gut befähigt und hat eine sorgfältige Erziehung genossen, war aber stets eigensinnig und rechthaberisch, träumerisch und zerstreut. Von seinem 15. Lebensjahre an war er wegen Lärmens in der Wohnung seiner Eltern und brutalen Benehmens gegen dieselben öfter Gegenstand polizeilicher Anzeigen und Verhandlungen, da die Eltern sich oft nur durch Herbeirufung der Polizei vor ihm schützen konnten. Solches polizeiliches Einschreiten bewirkte dann jedesmal für einige Zeit ein etwas geordneteres Betragen des Patienten. Die Eltern hielten ihn damals nicht für eigentlich krank, sondern nur für ungezogen. Ein über ihn im Jahre 1866 abgegebenes Zeugniss bezeichnet ihn: „als an der Grenze einer psychischen Erkrankung stehend oder wenigstens in hohem Grade dazu disponirt". Der Polizei gegenüber verweigerte er stets nähere Auskunft über den betreffenden Fall, erklärte, sein Vater übertreibe, und suchte den bei der Sache betheiligten Personen in zum Theil cynischer Weise etwas anzuhängen. Er war sehr hochmüthig und reizbar, eitel und selbstzufrieden, zu Thätlichkeiten geneigt, wenn Jemand sich seinen Wünschen entgegenstellte. Im Jahre 1872 belästigte er die Tochter einer angesehenen Familie mit Heirathsanträgen und Einladungen zum Stelldichein, bestellte auch beim Geistlichen die Trauung mit der betreffenden Dame. Er wurde daraufhin zunächst im

elterlichen Hause unter Aufsicht gehalten, wo er sich im höchsten Grade störend, widerspenstig und brutal gegen die Eltern benahm. Dann gab er an, belästigende Stimmen zu hören, die ihn Nachts nicht schlafen liessen. Dies führte zu seiner Unterbringung in Sonnenstein am 14. März 1872.

In der Anstalt ist er sehr anmassend und absprechend, schimpft in den gewöhnlichsten Ausdrücken über den Aufenthalt, drängt fort, zeigt sich sehr genusssüchtig, hochmüthig und eitel. Anfangs beklagt er sich über die störenden Stimmen und verlangt, dass gegen dieselben eingeschritten werde, später stellt er deren Vorhandensein in Abrede, sagt, er sei geistig ganz gesund, habe sich zu Hause nur geisteskrank gestellt und den Eltern und dem Arzt Unsinn vorgeschwatzt, um aus dem Elternhause fortzukommen. Zeitweise ist er höflich, freundlich und bescheiden, um sich irgend einen Vortheil zu verschaffen. Gelingt ihm dies nicht, so wird er wieder masslos grob und brutal. Auf Wunsch der Eltern wird er am 29. Jan. 1873 relativ gebessert wieder entlassen.

Nach seiner Entlassung scheint sein Verhalten nicht wesentlich anders gewesen zu sein als vorher. Er trug immer ein grosses Selbstbewusstsein und arrogantes Wesen zur Schau, häufig kam es wieder zu Skandalscenen im elterlichen Hause. Vom Jahre 1876 an finden sich in den Polizeiakten Klagen gegen den Patienten wegen Belästigung hochstehender Personen durch Schmähbriefe, einer Dame durch Liebesbriefe u. s. w. Die dagegen ergriffenen Massnahmen erklärte er in den Briefen an die Polizeidirektion als unnütze Scherereien, von denen er als Junker von R durch ein Dekret des Königs geschützt wäre und beantragt Bestrafung der „Polizeisubjekte". Er war in verschiedenen Stellungen als Schreiber thätig, hielt aber nirgends aus und leistete wenig, weshalb er im Jahre 1880 von seinen Angehörigen nach Amerika geschickt wurde. Schon nach einem halben Jahre kehrte er wieder zurück und erging sich sofort wieder in der alten Weise in Schmähbriefen, die sich jetzt besonders gegen seinen Vormund richteten, der ihm im Jahre 1879 gesetzt war. Im Jahre 1887 richtete er gelegentlich einer Reise des Kronprinzen Rudolph von Oesterreich nach Berlin ein Schreiben an die dortige Staatsanwaltschaft, in dem er gegen das österreichische Kaiserhaus und andere regierende Häuser die gröbsten Schmähungen ausspricht und auffordert, den Kronprinzen zu verhaften. Er unterschreibt sich als „Junker von R." berechtigter Prätendent der Krone Böhmens u. s. w. u. s. w. Er wurde daraufhin in's Stadtkrankenhaus gebracht, aber auf Antrag der Angehörigen bald wieder entlassen. Im nächsten Jahre schrieb er anlässlich der durch den Tod der Eltern eintretenden Verhandlungen wegen der Erbschaftsreguliernng, bei der er sich benachtheiligt glaubte, wieder zahlreiche Schriftstücke beleidigenden Inhaltes an die Behörden und wurde in Folge dessen abermals in's Stadtkrankenhaus und von da im April in's Städtische Siechenhaus gebracht. Seitdem war er ununterbrochen in verschiedenen Anstalten, bis er am 19. März 1896 wieder nach Sonnenstein versetzt wurde.

Das Krankheitsbild, das er hier dargeboten hat, ist in der ganzen Zeit unverändert dasselbe geblieben. Er ist klar, besonnen, gut orientiert, zeigt keine auffallende psychische Abschwächung, hat ein gutes Gedächtniss und weiss sich mündlich und schriftlich gewandt auszudrücken. Er ist grenzenlos eitel und selbstgefällig, kleidet sich gigerlmässig, parfümiert sich, nennt sich einen honetten, in weiten Kreisen bekannten und geehrten Mann, der körperlich auffallend schön und wohlgebildet sei (er ist sehr wohlbeleibt und wiegt über 2 Centner). Er kann sehr freundlich, ja fast kriechend höflich sein, wenn er irgend einen Wunsch erfüllt haben will, meist ist er aber absprechend, anmassend, malitiös und schimpft oft in der gröbsten und unflätigsten Weise. Andere Kranke gegen Aerzte und Beamte aufzuhetzen, ist sein grösstes Vergnügen. Er hat sich gewisse Schlagworte angewöhnt, die in seinen mündlichen und schriftlichen Aeusserungen immer wiederkehren. Als Beispiel seiner Ausdrucksweise sei der Anfang einer Eingabe an das Amtsgericht angeführt: „Unterzeichneter Steuerzahler, politisch verfolgt, und am 4. April 1888 ohne vorausgegangene ärztliche Untersuchung, ohne gerichtliche Meldung in meiner friedlichen Privatwohnung in B. (Tolkewitzerstrasse) plötzlich überfallen, trotz vollster auch privatärztlich attestierter Gesundheit und Zurechnungsfähigkeit, Zahlungsfähigkeit und Unbescholtenheit, trotz ordnungs- und standesmässiger Legitimation aus den blühendsten Lebensverhältnissen gerissen, habe nun, 10 Jahre 7 Monate 2 Tage widerrechtlich meiner Freiheit beraubt, misshandelt und von nachweislich vorbestraften, seiner Zeit gerichtlich für irrsinnig und unzurechnungsfähig erklärten Irrenärzten in der Umgebung von gemeinen Verbrechern, Zuchthäuslern, Korrigenden, Almosenempfängern u. s. w. unter dem Deckmantel des Geisteskrankschwindels gefangen gehalten, bestohlen und in nacheinander 4 der berüchtigsten Mordspelunken Europas geschleppt, meine Heimath nicht wieder gesehen! Sibirien in Deutschland! u. s. f. Dieser Satz kehrt mit ganz geringen Modifikationen in jedem seiner zahllosen Schriftstücke wieder. Er unterzeichnet sich: „Junker Richard von

R. aus dem Hause Meissen, Inhaber hoher Orden". Trotzdem bekennt er sich als Anhänger der Sozialdemokratie und des Nihilismus, verlangt den „Vorwärts" zu lesen, das einzige anständige Blatt, welches existiere. Ein anderes Mal renommiert er damit, dass er unter seinen rechtzeitig ins Ausland in Sicherheit gebrachten Papieren zahlreiche Briefe der Reichskanzler Bismarck und Caprivi besitze. Dann erzählt er gelegentlich, dass er bei einer Unterhaltung mit Kaiser Wilhelm I. von diesem „die Blüte der deutschen Ritterschaft" genannt worden sei.

Dass er früher schon einmal in Sonnenstein gewesen sei, stellt er schroff in Abrede, das sei eine böswillige Erfindung der „Schwindelakten dieser Mordspelunke". Einen Kranken, der ihn wiedererkennt, bezeichnet er als einen „nichtsnutzigen durch und durch verlogenen, von allen Lastern zerfressenen Zuchthäusler". Ebenso leugnet er den oben erwähnten Brief, den Kronprinzen Rudolph betreffend, verfasst zu haben; derselbe rühre jedenfalls von einem ganz anderen von R. her. Auch sonst ist er in seinen Aeusserungen nicht immer konsequent. Einen Kranken, den er heute als einen ganz gemeinen Zuchthäusler bezeichnet, nennt er morgen, wenn es sich darum handelt den Aerzten etwas anzuhängen, ein „armes, bemitleidenswerthes Opfer der irrenärztlichen Corruption, welches durch die Qualen des Kerkers langsam zu Tode gepeinigt würde". Den Arzt, den er sonst als eine verrufene, vorbestrafte zünftige Zwangsjacke bezeichnet, macht er, als er eine kleine Warze am Finger weggebeizt haben will, das Kompliment, dass er sehr liebenswürdig und in seinem Berufe äusserst geschickt sei. Auf irgendwelche Erörterungen in Bezug auf sein Vorleben lässt er sich übrigens niemals ein, so dass man nur auf gelegentliche Aeusserungen darüber angewiesen ist. Macht man ihn auf eine Unrichtigkeit oder auf einen Widerspruch in seinen Angaben aufmerksam, so beantwortet er das einfach mit einer wüsten Schimpferei.

Die Beurtheilung dieses zweiten Falles ist weniger einfach, als die des ersten. Man kann zweifelhaft sein, ob es sich hier um Lügen oder Wahnvorstellungen handelt. Wir besitzen nur ein einziges, noch dazu 27 Jahre zurückliegendes Eingeständniss des Kranken, dass er gelogen habe, und auch da ist es fraglich, hat der Kranke seine Gehörstäuschungen simuliert oder versucht er vielmehr wirklich bestehende Gehörstäuschungen zu dissimulieren. Ich halte allerdings das Erste für wahrscheinlicher. Das Krankheitsbild hat manche Züge, welche für Paranoia, speziell für Querulantenwahnsinn sprechen. Wenn ich mich trotzdem für diese Diagnose nicht entscheiden möchte, so führe ich als hauptsächlichsten Grund dafür an, dass die einzelnen Aeusserungen des Kranken den rechten Zusammenhang vermissen lassen. Bei einem Paranoiker müsste man doch ein gewisses System von sich gegenseitig bedingenden Verfolgungs- und Grössenwahnvorstellungen finden. Hier haben wir nur einzelne unzusammenhängende und oft sich widersprechende unrichtige Behauptungen, die immer zu einem bestimmten Zwecke gebraucht werden: entweder soll die eigne Persönlichkeit dadurch möglichst gehoben oder eine andere herabgesetzt und gekränkt werden. Der Kranke giebt sich gar keine Mühe einen logischen Zusammenhang in dieselben zu bringen, obwohl er eine ziemliche Schlagfertigkeit und Redegewandtheit besitzt und zu logischem Denken wohl befähigt ist.

Ich halte deshalb den Fall für eine psychische Degeneration mit besonderer krankhafter Neigung zum Lügen. Allerdings muss es zweifelhaft bleiben, ob der Kranke in allen Fällen sich der Unrichtigkeit seiner Behauptungen bewusst ist, oder ob es sich um jene Mischform von Lüge und Wahnidee bezw. Erinnerungsfälschung handelt, für welche Delbrück speziell den Ausdruck „Pseudologia phantastica" gewählt hat.

(Schluss folgt.)

Mittheilungen.

— **In der Sitzung des ostpreussischen Provinzialausschusses vom 18. und 19. December 1899** wurden nach dem Bericht der Hartung'schen Zeitung für den nächsten Provinziallandtag folgende Vorlagen bezüglich des Irrenwesens angenommen:

1. Einrichtung von 100 neuen Provinzialstellen in der Idiotenanstalt zu Rastenburg.
2. Einrichtung von 50 neuen Provinzialstellen in der Heil- und Pflege-Anstalt für Epileptische zu Carlshof.
3. Erneuerung des vom Provinziallandtage vor zwei Jahren verworfenen Antrages auf Erhöhung des Pflegegeldes für die in den Provinzial-Irrenanstalten untergebrachten ortsarmen, unheilbaren und gemeingefährlichen Geisteskranken von 100 auf 240 Mk. (cf. diese Wochenschrift Nr. 15: Entwicklung und Stand des Irrenwesens der Provinz Ostpreussen S. 174, Spalte 2).
4. Bewilligung von 75000 Mk. für den Bau von Wärterhäusern in Kortau und Tapiau.

Hoppe.



— Der Volks-Ztg. wird unter dem Titel: **Das Irrenhaus in Dichtung und Wahrheit**, aus Paris geschrieben:

„Seit der vergangenen Woche führt Antoine in seinem Theater ein neues Stück von Louis Bruyerre auf, das den ironischen Titel: En Paix! (In Frieden!) führt und in fünf Akten und sechs Bildern den allerschwärzesten Familienkonflikt und die grösste Unfriedsamkeit schildert. Es ist ein sentimentales Rührstück und ein psychologisches Schauerdrama zu gleicher Zeit und verdiente kaum eine besondere Erwähnung, wenn es nicht in der Pariser Presse Gegenstand der eifrigsten Besprechung geworden wäre und in der Gesellschaft ein Aufsehen erregt hätte, das durch den künstlerischen Gehalt des Dramas in nichts gerechtfertigt wird.

Es ist auch nicht das „Wie", sondern das „Was" des Stückes, das zum Ausgangspunkt einer Presspropaganda gemacht wird, die vielleicht positive Resultate zeitigen könnte.

Bruyerre beschäftigt sich in seinem neuen Drama mit einem ungemein delikaten Thema, der unfreiwilligen Festhaltung eines geistig Gesunden in einem Irrenhaus. Zweifellos heute ein besonders aktuelles Thema, da der immer härter werdende Kampf ums Dasein die nervöse Erregbarkeit steigert und schliesslich so mancher, dem nur die Ueberarbeitung die Nerven ein wenig durcheinander gerüttelt hat, der Gefahr ausgesetzt ist, seiner Freiheit beraubt zu werden.

Der Inhalt des Stückes ist kurz folgender:

Ein Grossindustrieller Varambaut hat sein Geschäft für längere Zeit verlassen gehabt, um eine Geschäftsreise zu machen. Inzwischen haben die Angestellten furchtbar gehaust. Sie bestehlen das Geschäft nach allen Richtungen. Am weitesten treibt es der Schwiegersohn Varambauts, der von diesem Prokura erhalten hatte, aber die Geschäfte nicht nur nicht erledigt, sondern seinem Schwiegervater auch noch fünfundzwanzigtausend Francs aus der Kasse stiehlt.

Varambaut kommt zurück und findet sein Geschäft in halber Auflösung. Er konstatirt die Unterschleife und Veruntreuungen und glaubt im ersten Schreck, dass man ihn ruinirt habe. In der Wuth wirft er einen ungetreuen Knecht die Treppe hinunter, würgt den Lumpen von Schwiegersohn und verlangt, dass er oder seine Verwandten ihm sofort die gestohlene Summe wiedererstatten. Keiner ist dazu gewillt. Vielleicht können sie es auch nicht. Sie gehen einen einfacheren Weg, den unbequemen Mahner los zu werden. Sie halten einen Familienrath, ziehen den Hausarzt und einen Kollegen, der eine Irrenanstalt hat, bei und lassen mit weiterer Hilfe eines hungrigen Advokaten den unbequemen Varambaut einfach interniren als „melancholischen Deliranten". Der Direktor der Irrenanstalt ist ein Menschenschinder. Wer beim Eintritt in die Anstalt noch nicht verrückt ist, wird es dort bei der ihm zutheil werdenden Behandlung sicher. Collas hat natürlich nur Kranke, für die von den Familien gut gezahlt wird. So kommt niemand, der einmal drin ist, wieder heraus. Die Behörde setzt ein grosses Vertrauen in den Henker, denn er ist auf seinem Gebiete eine Autorität. Varambaut's Bruder, mit dem dieser im Augenblick der Internirung erzürnt war und der die von der Familie gemachte Eingabe nicht unterschrieben hatte, söhnt sich in dem Irrenhause mit seinem Bruder aus und bekommt durch seine zahlreichen Besuche die Ueberzeugung von der geistigen Gesundheit seines Bruders. Er durchschaut die Machenschaften der Familie des Schwiegersohns sowie die vollendete Niedertracht des Anstaltsdirektors und macht die grössten Anstrengungen, seinen Bruder freizubekommen. Wirklich wird schliesslich, nachdem die Haft bereits mehrere Jahre gedauert hat, eine aus zwei Richtern bestehende Untersuchungskommission abgesandt, die sich nicht mit den lügnerischen Bulletins des Direktors begnügt, sondern die den Kranken selbst in Augenschein nehmen will. Der Direktor ist entsetzt. Aber er wird doch gerettet. Die lange Haft, die Ueberzeugung, dass er für immer in einen Kerker geworfen worden ist, aus dem es kein Entrinnen giebt, die zahllosen Enttäuschungen seiner durch den Bruder genährten Hoffnungen auf Befreiung haben den armen Varambaut in Raserei versetzt. Und als nun die beiden Richter kommen, hält er sie für Komplizen seines Henkers, die ihn nur mit leeren Phrasen verhöhnen wollen, und springt dem einen an den Hals, um ihn zu erwürgen und einmal seine Rache zu haben. Die Folge ist die Zwangsjacke und die glänzende Rechtfertigung des Menschenschinders.

Vom künstlerischen Standpunkt ist das Drama eine Nichtigkeit. Die vier letzten Bilder sind weiter nichts als aneinander gereihte kinematographische Schilderungen aus einem Irrenhaus, bei denen die armen Narren blöde auf der Bühne herumhantiren. Aber die künstlerische Gestaltung des Grundgedankens war es auch nicht, die die Pariser erregte. Die Frage, die vielmehr am nächsten Morgen und bis heute, kann man sagen, durch die Presse ging, war: Ist so etwas überhaupt möglich? Hat Bruyerre hier mit realistischer Kunst ein Bild aus dem wirklichen Leben geschaffen, oder hat er einen ganz ausnahmsweisen Einzelfall mit wuchernder Phantasie zu einem grauenvollen Bilde gestaltet? Ist es in unserem modernen Frankreich möglich, einen geistig Gesunden, den man los sein will, wider seinen Willen seiner Freiheit zu berauben und ihn einer Behandlung zu unterwerfen, die fast schlimmer ist, als die mittelalterliche Folter, ohne dass die Behörde davon weiss und dagegen einschreitet? Weist die moderne Gesetzgebung wirklich so bedenkliche Lücken auf, und hat Bruyerre den Finger in eine klaffende Wunde gelegt? Ist dem Individuum noch wirklich kein Schutz gegeben gegen die verbrecherischen Machenschaften von Mitmenschen, die ihn ungestraft seiner durch den Staat ihm garantirten Freiheit berauben können?

Der Streit wogt hin und her. Man fragt unwillkürlich: Sind denn Fälle vorgekommen, die die thatsächlichen Zustände beleuchten? Und da will es der Zufall, dass am 19. d. M. erst ein Skandal allerersten Ranges seine gerechte Sühne gefunden hat, der zeigt, was heute wirklich unter den Augen des Gesetzes und der Behörde möglich ist. Dicht vor den Thoren von Paris hat sich der Skandal ereignet.



Um Paris giebt es eine ganze Reihe von „Maisons de santé" für körper- und geistesschwache Greise, für Paralytiker und gutmüthige Irre, Häuser, die mit einem langen Programm der wissenschaftlichen Pflege, Barmherzigkeit, Liebe und Frömmigkeit aufwarten, die in der hohen Geistlichkeit und in der ganzen klerikalen Welt aufs eifrigste empfohlen werden. Man hält dort die Kirchenschäfchen hübsch beisamemen, verspricht ihnen einen ruhigen Lebensabend, sowie den Himmel im Jenseits und steckt vor allen Dingen das Geld ein, das diese gutmüthigen Leutchen in ihrem langen Leben sich zurückgelegt haben. Hat der Eintretende erst seine Ersparnisse deponirt, so hat man ihn natürlich völlig in der Hand und kann mit ihm machen, was man will. Diese Häuser sind von dem Minister nicht abhängig ,und der Polizeikommissar darf nur in sie eindringen, wenn ein Verbrechen geschehen, das heisst, wenn es zu spät ist. Und Verbrechen werden hier unter dem Deckmantel der Religion, die die Nächstenliebe predigt, begangen.

Eins der schlimmsten Häuser dieser Sorte war dasjenige des ehemaligen Franziskanermönchs Kerrien, das hinter Montrouge in Malakoff dicht vor den Thoren von Paris liegt. Ein eben zu Ende gegangener Prozess, der mit der Verurtheilung des Direktors zu einem Jahr Gefängniss und seiner Komplizen zu verschiedenen Strafen geendigt hat, hat Schauerdinge enthüllt. Obwohl das Haus nach aussen einen fast koketten Anstrich hat, war die Abtheilung der lebenslänglich Eingekauften ein Pest- und Schmutzloch. Die Sterblichkeit war zum grossen Vortheil der Kasse des Direktors enorm. Die Pensionäre wurden in der unerhörtesten Weise malträtirt, und der Direktor hat, wie er bei dem Verhör versicherte, niemals etwas gehört, noch gesehen. Ein unglückliches Weib, das krank war und unwillkürliche Stuhlentleerungen hatte, wurde mit Stricken an das Bett festgebunden und blieb die ganze Nacht in ihrem eigenen Schmutz im Bette liegen. Die Stricke zerschnitten ihr das Fleisch an den Handgelenken. Das ging so Nacht für Nacht. Der Strick blieb über Tag am Bett hängen. Der Direktor aber sah ihn nicht. Und doch war er es, der den Befehl ertheilte! Die Wärterin muss eine wahre Megäre gewesen sein. Sie war von dem ganzen Saal gefürchtet. Sie hatte ein Vergnügen daran, ihre Schutzbefohlenen zu stranguliren. Der Oekonom ist schon äusserlich von einer abstossenden thierischen Brutalität. Er hauste wie ein Wilder. Man liess die Pensionäre hungern. Und wenn sie sich beklagten, gab's Prügel. Die Zeugenaussagen waren vernichtend. Besonderes Interesse erregte ein 76 Jahre altes kleines geistreiches Weibchen, das man, weil es im Asyl unbequem wurde, für verrückt erklären liess, das aber so lange Lärm machte, bis man es freigab, freilich ohne ihm sein Geld wiederzugeben. Das alte Mütterchen, das mit einer fast jugendlichen Frische in den Saal getrippelt kam, machte sich über den Henker, dem sie nach zweijährigem Martyrium entronnen war, lustig. Der Präsident liess sie gewähren. Er gönnte ihr diese kleine Rache und Befriedigung.

Unter den Papieren aber, die jeden Morgen auf meinen Arbeitstisch fliegen, waren gestern die Zeitungen, die die Verurtheilung des sonderbaren Menschenfreunds brachten, und daneben lag, von frommen Schwestern ns Haus getragen, ein Blatt, auf dem das Haus des Herrn Kerrien als „Haus ersten Ranges" („Kapelle im Hause") aufs wärmset empfohlen wird.

Die Nonnen mache für Herrn Kerrien Reklame. Das ist kostbar. Sie glanben gewiss ein gottgefälliges Werk zu thun. Schade, dass der würdige Direktor das nicht ausnutzen kann. Und über Jahr und Tag . . . .

Wie seltsam aber, nicht wahr, das Zusammentreffen zwischen Spiel und, Wirklichkeit? Als ob diese es darauf abgesehen hätte, die Probe aufs Exempel zu liefern."

Kein Wunder, wenn man zum I r r e n a n s t a l t s d i r e k t o r einen M ö n c h macht!

— Am 17. v. Mts. nachts zehn Uhr wurde in Zürich an der Ackerstrasse die nur mit einem Hemd bekleidete Leiche des verheiratheten, etwa 27jährigen Tapezierers Friedrich Schatz von Passanten aufgefunden. Sofort wurde die Polizei und Bezirksanwaltschaft auf den Platz gerufen, und die Untersuchung konstatierte einen Schädelbruch und mehrere Arm- und Beinbrüche Die weiteren Erhebungen stellten fest, dass der junge Mann aus einem Fenster des vierten Stockfwerke hinuntergesprungen war. Man hat es hier unzwei elhafs mit einem O p f e r d e s S p i r i t i s m u s zn thun. Geisterverfolgungswahn hat den unglücklichen Mann in den Tod getrieben. Seit zwei Jahren gehörte er dem Spiritisten-Klub an, dem er ein eifriges Mitglied war. Er hatte in einem Dorfe des Kantons Thurgau einen spiritistischen Verein gegründet, der bereits sehr prosperiere und eine ganze Anzahl Medien besitze, wie aus hinterlassenen Briefen des Schatz hervorgeht. Die Frau des Unglücklichen, die selbst vom Spiritismus angesteckt ist, gab an, der Mann habe seit vierzehn Tagen Spuren sonderbarer Aufregung gezeigt; er sprach beständig von Geistern und wollte von einem unsichtbaren Wesen verfolgt worden sein. Er hatte die Idee, mit den Geistern einen harten Kampf zu führen, da man ihn in ein Kapuzinerkloster zwängen wolle, um da hinter das Geheimniss der Geisterbeschwörung zu kommen.

In der Nacht vom Dienstag auf den Mittwoch zwang er seine Frau, mit ihm bei strömendem Regen und Sturm zu spazieren, wobei der Spiritismus das beständige Gesprächsthema bildete. Nachts um 9 Uhr schickte er die Frau von Hause fort, da er diese Nacht allein in der Wohnung zubringen müsse. Die Frau übernachtete dann bei ihrem Bruder in einem andern Stadtquartier. Kurz, nachdem sie das Haus verlassen, trat das Unglück ein.

Als man der Frau dasselbe meldete, sagte sie, sie wisse bereits alles; der Geist sei ihr erschienen und habe ihr alles erzählt. Auf einmal seien in der Wohnung des Bruders die Uhren stillgestanden und alle Thüren hätten sich von selbst weit geöffnet!

(Neue Zürich. Ztg.)

— **Langenhagen** b. Hannover. In Folge der starken Preissteigerung der Grundstücke ist der Plan in Erwägung gezogen, die hiesige Heil- und Pflegeanstalt auf Abbruch zu verkaufen und aus dem vor-



aussichtlich sehr hohen Erlös an geeigneter Stelle der Provinz eine modernen Ansprüchen genügende neue Anstalt zu erbauen. (Die „Irrenpflege".)

— In **Galkhausen** wird eine Anstaltsbäckerei errichtet; bewährt sich diese Einrichtung, so sollen auch die anderen rheinischen Anstalten eine eigene Bäckerei erhalten. (Die „Irrenpflege".)

Personalnachricht.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaktion wird gebeten).

— Zum Mitglied der Medico-Legal Society in New-York wurde der Redakteur dieser Zeitschrift erwählt.

Bücherschau.

Du cérébro-typhus sans dothiénentérie (les typhopsychoses) par le Dr. Emile Audemard. Lyon 1899. 105 S.

A. hat das Verfahren der Diagnostik von Typhusbakterien durch Agglutination mittels Serumprobe bei den Geisteskranken des Asile départemental du Rhône angewandt. Er ging dabei von der Erfahrung aus, dass typhöse Erkrankungen vorkommen können, welche von keinen oder nur geringen Darmerscheinungen begleitet sind und allein einen mehr oder weniger starken Reiz auf die nervösen Centralorgane im Gefolge haben. Die hierdurch veranlassten psychischen Störungen können so in den Vordergrund treten, dass die eigentliche Erkrankung — der Typhus — mit unseren bisherigen diagnostischen Hilfsmitteln nicht erkannt und erst bei den zur Sektion gelangenden Fällen nachgewiesen wird. Er belegt diese Thatsache durch zahlreiche Litteraturangaben.

Bei seinen Versuchen schied A. von den vom Oktober 1897 bis Juni 1898 aufgenommenen Kranken die mit Idiotie, Imbecilität, Dementi, allgemeiner Paralyse, Epilepsie und periodischer Manie aus. Untersucht wurden nur solche Fälle, deren Aetiologie schwer zu erkennen war und bei welchen er auf Grund von schlechtem Allgemeinzustande, Verdauungsstörungen, mangelhafter Diurese, hohem oder geringem Fieber eine Infektion oder Intoxikation vermuthete (93); bei 27 Patienten hat er ein positives Resultat erhalten. Von diesen wurden weitere 15 wegen erblicher Belastung, unvollständiger Anamnese, durch raschen Tod verkürzter Beobachtung, Transferirung und Complikation mit Bronchotuberkulose nicht weiter in Betracht gezogen. Der noch verbleibende Rest stellt die akute, subakute und apyretische Form des Cerebralthyphoids dar, das unter dem Bilde eines akuten Deliriums (4), einer von leichtem Fieber begleiteten Verwirrtheit mit Erregung und Benommensein (3), sowie unter den Symptomen einer mehr oder weniger ausgeprägten Melancholie (4) verlief. Als Anhang ist noch eine Beobachtung von typhöser allgemeiner Paralyse beigefügt.

Bei einem Falle von Delirium acutum sowie bei der gleichfalls verstorbenen Paralyse wurde die Sektion nicht gestattet; bei den drei übrigen zur Autopsie gelangten Fällen von Delirium acutum war der Darmbefund negativ. Die nervösen Centralorgane zeigten theils entzündliche Erscheinungen seitens der Meningen und Rinde, theils ergaben sich keine makroscopisch sichtbaren Veränderungen. Die Serumreaktion mit Herz-, Leber- und Milzblut war stets positiv, 2 mal schwach mit Gehirnblut, einmal wird dieselbe als negativ angegeben für die Cerebrospinalflüssigkeit. An der Hand verschiedener Autoren versucht er dann eine Darstellung der Wirkungsweise der infektiösen Krankheitsträger auf das Gehirn und seine Adnexe zu geben, welche entweder auf einem direkten schädigenden Einfluss des Bacterium Eberth oder auf einer Wirkung des Toxin oder auf einer Autointoxikation beruhe. Er selbst möchte sich keiner dieser Theorien anschliessen. sondern neigt zur Auffassung, dass der infektiöse Erreger in die Obersteinerschen Räume eindringe, dortselbst günstige Bedingungen zu seiner Weiterentwicklung finde und sich so in nächster Nähe der Nervenzellen quasi ein Giftlaboratorium schaffe. Die Toxine verändern die chemische Umgebung der Zellen und mit dieser den Biochemismus derselben, woraus eine Art Urämie durch Autointoxikation resultire. A. giebt aber auch zu, dass diese Hypothese schwer in Einklang zu bringen ist mit der Thatsache, dass wohlcharakterisirte typhöse Darmentzündung niemals urämische Erscheinungen biete, wenn auch obige Deutung durch die Albuminurie einigen Halt gewinne Der anderen Forschern wiederholt gelungene Nachweis von Mikroben im Schädelinhalte erkläre, dass das Gehirn oft Epidemien unterliegen könne, die abhängig von Natur und Stärke der Infektion unter verschiedenartigen Symptomen verlaufen. Je nach dem mehr oder weniger ausgesprochenen Grade der histo-chemischen Veränderungen kommt es dann zu neurasthenischen oder melancholischen Zuständen, Verwirrtheit, Stupor, akutem Delirium und allgemeiner Paralyse. Einzelne vorkommende Grenzformen vermittelten die Uebergänge dieser vielleicht etwas zu sehr schematisirten Scalenreihe.

Begünstigt wird die Lokalisation des Infektionsträgers im Gehirn durch erbliche Belastung — er hat daher diese Fälle ausgeschlossen — oder durch eine erworbene Disposition (hommes cérébraux). Letztere kann geschaffen werden durch abgelaufene nervöse Störungen im Kindesalter, geistige Ueberanstrengungen, Gemüthsbewegungen, Alkoholismus oder früher überstandene Infektionskrankheiten (Influenza). Durch diese Faktoren kommt es zu anatomischen oder biochemischen Veränderungen, die unbekannt bleiben und nicht weiter auffallen, bis eine neue Infektion oder Intoxikation hinzutritt. Die auf solche Weise dauernd oder vorübergehend gestörte Circulation in den Cortikalgegenden beraubt die Patienten der Möglichkeit, der Wirkung des toxischendogenen oder exogenen Erregers zu widerstehen. So wird es mehr und mehr wahrscheinlich, dass das Gehirn (als locus minoris resistentiae) durch seine so sehr in Anspruch genommene Funktion für infektiöse oder toxische Lokalisation prädisponirt ist. Sein Ergriffensein bekundet sich fast immer unter dem gleichen Symptomenbilde, da seine reaktionellen Fähigkeiten gezwungener Weise sehr begrenzt sind.

Das Alter der Erkrankten scheint, so weit man aus der verhältnissmässig geringen Anzahl von Fällen

schliessen darf, eine Rolle zu spielen; vielleicht ist das Delirium acutum die senile atheromatöse Form des Cerebraltyphoids und es herrscht die Melancholie mehr bei jugendlichen Individuen vor. Die Kranken mit Delirium acutum sahen viel älter aus, als sie in Wirklichkeit waren, während bei einer 43 jährigen Patientin der 3. Gruppe das Gegentheil beobachtet wurde.

Zur Sicherung der Diagnose verlangt A. deutliche Agglutination frischer Typhuskulturen durch dem Patienten entnommenes Blutserum, mit keiner zu grossen Anzahl beweglicher Bakterien. Der Eintritt derselben muss bei 1 : 20, 1 : 50 erfolgen; bei 1 : 10 kann kein definitives Urtheil mehr abgegeben werden.

Möglicher Weise hat man es nur mit einer symptomatischen Erkrankungsform zu thun, die mit demselben Charakter bei verschiedenartiger Infektion wiederkehren kann, wenn sich auch die spezielle Ätiologie klinisch nicht erkennen lässt.

Das akute Delirium typhöser Natur zeichnet sich ganz besonders durch die grössere Schwere aus, durch die intensivere Benommenheit bei augenscheinlicher Excitation, ferner durch Salivation, Abstinenz, Kräfteverfall und hohe Temperatursteigerung. Die intellektuelle Erregung ist zwar eine allgemeine, aber die krankhaften Vorstellungen sind ganz besonders oberflächlich und traumähnlich. Durch das schnelle Eintreten von Gehirnermüdung bietet die Krankheit rasch das Bild einer Demenz mit Erregung.

Differential diagnostisch kommen in Betracht: Pneumonie, Hysterie mit Fieber und deliranten Zuständen, der Beginn akuter Manie, fieberhaftes Delirium tremens, fieberhafte Delirien auf epileptischer Basis beruhend, akute Hydrocephalie, Meningitis und mit Fieber einhergehende Uraemie. Meist gelingt schon die Unterscheidung vermittels der gewöhnlichen Untersuchungsmethoden, gesichert wird die Diagnose mit Hilfe der Serumreaktion. Der Verlauf des akuten typhösen Delirs ist ein rascher; die Kranken starben sämmtlich nach ungefähr 14 Tagen unter Collapserscheinungen.

Bei der durch das Bacterium Eberth bedingten Verwirrtheit mit Erregung (confusion mentale avec agitation) fallen gleichfalls die hochgradige Benommenheit, die Gedächtnissstörungen, das auch noch später bestehende lückenhafte Erinnerungsvermögen, sowie die deutlich ausgesprochenen somatischen Erscheinungen, insbesondere der starke Kräfteverfall auf. Namentlich hat man in letzterer Hinsicht im Stadium der Rekonvalescenz den Eindruck, als ob es sich um den Abschluss einer akuten, fieberhaften Infektionskrankheit handle. Bei manchen Fällen mit negativer Reaktion folgte auch die restitutio ad integr. rel. rascher; bei den erblich Belasteten erschien das Gedächtniss weniger gestört; niemals war bei solchen die Erinnerung an die frühere Persönlichkeit verloren gegangen. Im Allgemeinen bot diese zweite, als Uebergangsform aufzufassende Gruppe schwere Fälle, aber Fälle mit schliesslicher Genesung; die Prognose ist bei zweckmässiger Behandlung als nicht ungünstig zu bezeichnen; der Verlauf ist langsam und selten gleichmässig; maniakalische und depressive Zustände treten abwechselnd auf, Rückfälle sind nicht ausgeschlossen. Die Dauer ist verschieden, vollständige Heilung kann in 2—3 Monaten erreicht werden; mitunter resultirt vorübergehende oder bleibende Schwächung des Intellekts. Chronisch geworden führt die Psychose zu totaler Demenz.

Die melancholische Form entwickelt sich fast stets ohne Fieber, möglicher Weise war auch die Temperatur bei der Aufnahme wieder zur Norm zurückgekehrt. Ohne positive Serumreaktion würde man die Aetiologie derselben — abgesehen von dem infektionsartigen Verlaufe — kaum vermuthen. Abmagerung, Veränderung der Gesichtszüge gehen mit der Intensität der psychischen Alienation parallel, wodurch sich solche von der gewöhnlichen Melancholie unterscheide. Hervorgehoben wird, dass bei manchen Patienten mit hereditärer Anlage kurze intermittirende Erregungen auftraten, während der psychische Zustand weniger prekär erschien; obgleich traurig, hatten die Kranken nicht denselben depressiven Gesichtsausdruck wie die Uebrigen. Heilung erfolgte bei sämmtlichen der meist im jugendlichen Alter stehenden Fälle langsam nach mehrmonatlicher Dauer; in der Rekonvalescenz auftretende Rückfälle trüben die stets günstig erscheinende Prognose nicht, zumal wenn das Individuum jung ist und die Affektion über einen Monat bestanden hat.

Nach A.'s Untersuchungen ist das cerebrale Typhoid keineswegs eine klinische Seltenheit; es fand sich bei dem 12. Theile der Aufnahmen, bei 4 % der Gesammtsumme. Er hält es für unrichtig, derartige Kranken in eine Irrenanstalt zu bringen und verlangt für dieselben geeignete Anbauten bei den Hospitälern; erst wenn der Zustand ein chronischer geworden ist, dürfen diese „Hospitalisirten" einem Asyle überwiesen werden; er geht bei dieser Forderung von der Betrachtung der medicinisch-rechtlichen und socialen Folgen einer Internirung aus; auch leide bei letzterer die Richtigkeit einer wissenschaftlichen Statistik.

Die rationelle Behandlung des Cerebraltyphoids muss nach den bei Typhus massgebenden Grundsätzen erfolgen, welche die Elimination der mikrobischen toxinen und autotoxinen Produkte anzustreben hat.

Diese kann durch Darm, Niere oder Haut erfolgen, durch Beseitigung der Obstipation, intestinale Antisepsis, Hebung des Stoffwechsels, Milchdiät, reichliche Getränkezufuhr — eventuell mittels Schlundsonde und je nach Indikation durch kalte oder warme Bäder.

Arzneiliche Beruhigungsmittel sind zu vermeiden, da sich deren toxische Wirkung mit derjenigen der pathogenen Gifte vereinigt, unter welcher der Organismus schon genug leidet. Tonica gegen Collaps sind angezeigt. Die Rekonvalescenz ist zu kontroliren und die Wiederaufnahme der altgewohnten Geistesarbeit darf nur langsam geschehen.

A. spricht schliesslich die Hoffnung aus, dass es noch einmal gelingen wird, durch ein zu entdeckendes Serum dem Infektionserreger selbst direkt zu Leibe zu rücken und denselben zu immunisiren.

Herfeldt-Werneck.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,** Freiburg (Schlesien.)

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 46. 10. Februar **1900.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Die Belgische Irren-Gesetzgebung.

Von *Dr. Hermann Kornfeld*-Grottkau, O/S.

Nach einem Vortrag des General-Prokurators M. H. Willemaers am 2. October 1899.*)

Die jetzige Regelung des Irrenwesens in Belgien beruht auf dem Gesetze vom 18. Juni 1850 und der min. Verfügung vom 28. December 1873. Der Senat hat sich am 23. Februar 1899 für die Beibehaltung der Privat-Anstalten neben den öffentlichen entschieden; jedoch müssen erstere vorher von der Regierung genehmigt sein, auch wenn nur eine einzelne Person von einem nicht mit ihm Verwandten oder sonst Alliirten oder ihn Bevormundenden behandelt wird. Ausserdem muss Caution vom Eigenthümer geleistet werden und ärztliche Hilfe sicher gestellt sein. Der Arzt wird vom Staat ernannt auf Präsentation des Letzteren. Dass der Arzt in der Anstalt wohnt, ist nicht obligatorisch. Die Sequestration kann nur erfolgen, abgesehen auf Antrag des Vormundes und in dringenden Fällen, auf Grund eines vorschriftsmässigen Zeugnisses von noch nicht vierzehn Tage altem Datum eines der Anstalt nicht angehörigen belgischen Arztes und einer vertraulichen Mittheilung über die Ursache der Krankheit und erbliche Belastung; bei dem Antrage interessirter Personen auch eines Visum eines belgischen Bürgermeisters. (Ebenso bei vom Auslande Aufgenommenen.) W. verlangt, trotz der Kosten, zwei ärztliche Zeugnisse, um so mehr als bei der Sequestration Jemandes in seiner Behausung zwei Atteste, das eines von der Familie und das eines vom Friedensrichter bezeichneten Arztes erforderlich sind; und auch für Bevormundete ein unter vierzehn Tage altes ärztliches Zeugniss. Der Friedensrichter kann die Aufnahme in eine Anstalt nicht anordnen, muss aber vom Vorstande einer solchen binnen 24 Stunden schriftlich Anzeige von jeder Aufnahme erhalten, hat die provisorisch in Anstalten Verpflegten alle drei Monate zu besuchen und die in den Familien Zurückbehaltenen beständig zu beaufsichtigen. Er kann auch die Aufnahme bei dem Gouverneur beantragen. Nach der Aufnahme hat der Direktor, ausser Benachrichtigung an die Interessenten, noch eine fünftägige Prüfung anzustellen, nach welcher erst die definitive Aufnahme ausgesprochen werden kann. Die Irren-Anstalten unterliegen einer Revision durch staatliche Commissionen und Kreiscomités; sowie, in bestimmten Zwischenräumen, durch Staatsanwalt, Gouverneur etc.; diese Besuche der Revisoren sollten, nach W., nie in corpore erfolgen. Eine Reihe gesetzlicher Vorschriften bezüglich Behandlung, Strafen, Journalführung bieten nichts Besonderes. Wenn der Anstaltsarzt wegen Nichtbestehens einer geistigen Störung oder erfolgter Heilung die Entlassung für erforderlich hält, so wird seine Entscheidung den

*) Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique. Dec. 1899. S. 437.

Interessenten wiederum mitgetheilt, welche innerhalb 5 Tagen Widerspruch erheben können, über den die permanente Deputation — nach W. sollte es das Gericht — zu entscheiden hat. Aber die Personen, die Jemanden einer Anstalt übergeben haben, können ihn schon vor der Heilung herausnehmen; wenn er bevormundet ist, jedoch nur unter Ermächtigung des Vormundes. Innerhalb 24 Stunden hat der Direktor die zuständigen Stellen von der Entlassung ebenfalls zu benachrichtigen. Ausserdem kann dieser allein, mit schriftlicher Autorisation der Antragsteller der Aufnahme, eine Beurlaubung erfolgen lassen; und endlich kann das Gericht die Entlassung verfügen. Zum Antrag auf Entlassung ist der Geisteskranke selbst und jeder, auch nur moralisch Interessirte, berechtigt. Dem Antrage wird ohne Schwierigkeit stattgegeben, und das Verfahren ist kostenlos. Eine Unterdrückung des Antrages wird schwer bestraft; und um ihn zu erleichtern, sind in jeder Abtheilung Briefkasten für die Kranken angebracht, werden ihnen Federn, Papier zur Dispostion gestellt, die Eingaben (bei Unvermögenden) auf Kosten des Justizfiscus befördert, und ist in jedem Krankensaale der Text des Gesetzes bez. Rekurs an den Gerichtspräsidenten in deutlicher Schrift angeschlagen. Erfolgt Entlassung durch Verfügung des Letzteren, so sind die Formalitäten bei einer nochmaligen Aufnahme dieselben wie früher; und deshalb wäre es, nach W., wünschenswerth, wenn hier auch nur Beurlaubung verfügt werden könnte.

Die Sequestration in der Behausung hört auf, sobald die Heilung ärztlich constatirt ist; nach W. befremdlicher Weise aber — im Gegensatz zu der in Anstalten — nicht auf gerichtliches Einschreiten, ausser auf dem Umwege des Verfahrens wegen Freiheitsberaubung. Da nach dem C. C. Art. 429 auch bei den sequestrirten Geisteskranken eine Entmündigung nur, wenn die Geistesstörung habituell ist, erfolgen kann, so bestimmt das Gesetz, dass ein Anstaltskranker auf Antrag der Verwandten, der Verwaltungs-Commission, des Staatsanwalts einen vorläufigen Administrator bekommen kann, zu welchem in Ermangelung desselben die Verwaltungs-Commission der betreffenden Anstalt ein Mitglied bestimmen kann. Das Amt ist nur provisorisch, bei gerichtlicher Bestallung auf 3 Jahre gültig. Nach W. bedeutet das Fehlen eines solchen Pflegers für in der Familie untergebrachte Geisteskranke eine Lücke im Gesetz; und ebenso: Dass wegen der Umstände und Kosten zur Herbeiführung der Pflegschaft die wenig Bemittelten einer gehörigen Fürsorge für ihre Habseligkeiten während der Sequestration meist entbehren müssen.

Ueber die krankhafte Lüge.

Von *Dr. Theodor Ranniger*-Sonnenstein.

(Schluss.)

Wir kommen jetzt zum dritten Krankheitsfalle. Ferdinand August K., 35 Jahre alt, ist erblich nicht zu Geistesstörung veranlagt, sehr gering befähigt, schon als Knabe zerfahren, heftig, reizbar, leidenschaftlich, pietätlos, vor Unredlichkeit und gewaltsamen Vergehen nicht zurückschreckend. Er hat mit Mühe das Einjährigenzeugniss erlangt, später als Kaufmann gelernt, in keiner Stelle lange ausgehalten, war zweimal in Südamerika, von wo er jedes Mal ganz heruntergekommen und mittellos zurückkehrte; gründete dann ein eigenes Geschäft mit dem Kapital seines Vaters, verheirathete sich, verliess aber seine Frau nach zweijähriger Ehe, nachdem er auch deren Mitgift durch unsinnige Geschäfte durchgebracht hatte. Im Ganzen hat er seinem Vater in den letzten zehn Jahren gegen 80000 Mark gekostet. Während der Militärzeit hat er Lues durchgemacht, 1888 einen offenbar damit in Zusammenhang stehenden, apoplektiformen Anfall mit linksseitiger Körperlähmung erlitten, der sich 1896 in leichterer Form wiederholte. Eine leichte Parese des linken Armes ist seitdem zurückgeblieben. Im Anschluss an den ersten Anfall machte er einen leichten manischen Erregungsanfall durch, der einen halbjährigen Aufenthalt des K. in einer Privatanstalt bedingte. Am 19. Dezbr. 1896 kam er freiwillig in das Dresdner Stadtirrenhaus und wurde von da mit der Diagnose: „angeborener, durch wiederholte Schlaganfälle gesteigerter Geistesschwäche“ am 24. Februar 1897 nach Sonnenstein überführt.

In der ersten Zeit seines hiesigen Aufenthaltes war der Kranke freundlich und zugänglich. Er erschien klar und besonnen, gut orientiert, nur in mässigem Grade schwachsinnig: seine Kenntnisse waren ziemlich gering, sein Urtheil oberflächlich, sein Gedächtniss aber anscheinend gut. Er besass keinerlei Krankheitseinsicht, überschätzte seine Fähigkeiten sehr, erging sich in masslosen Beschimpfungen seiner Angehörigen, namentlich seines Vaters und seiner Frau. Schon nach wenigen Wochen brach er plötzlich schroff jeden Verkehr mit den Aerzten der Anstalt ab, schloss sich eng an einige querulierende Mitkranke an und hetzte und intriguirte im Verein mit diesen nach



Möglichkeit gegen die Anstalt und ihre Beamten. Seine etwaigen Wünsche, Beschwerden und dergl. äusserte er seitdem nur noch schriftlich in Briefen, die er meistens an seinen Vormund, einen Rechtsanwalt in seiner Heimath adressierte. Oefters schrieb er auch seiner Frau, seinem Vater und seinen Geschwistern, wobei er in cynischer Weise allerhand üble Nachrede gegen dieselben führte. Im März 1897 schreibt er seinem Vormund: „Sämmtliche Schriftstücke, die ich seiner Zeit an Frau Helene K. richtete, haben dazu gedient, um zu erforschen, welches Verhältniss Schwiegertochter und Schwiegervater zu einander führen und darüber bin ich mir jetzt ganz im Klaren." Er giebt sich den Anschein, grosses Interesse und viel Verständniss für Musik zu haben und bedauert nur, dass ihn seine gelähmte Hand an der Ausübung dieser Kunst verhindere; er beschäftigt sich viel mit Abfassung von Texten zu Opern und Oratorien, die er aber vor jedem fremden Auge sorgfältig hütet. Wiederholt sagt er in seinen Briefen: „Mein Freund und Gönner theilte mir mit" oder „Von meinem Freunde erfuhr ich", obwohl er nie einen Brief oder Besuch erhalten hatte. Im März 1898 schreibt er: „Mein Freund in Dresden macht mir sehr gute und genaue Berichte durch die Dresdner Nachrichten." Ab und zu legt er auch kleine Ausschnitte aus den Dresdner Nachrichten, deren Inhalt übrigens keinen deutlichen Bezug auf seine Ausführungen hat, den Briefen bei. Im Juni 1898 schreibt er dem Vormund: „Seit dem 17. Juni 1898 bin ich ein Sozialdemokrat. Sie wollen hiervon gefälligst Notiz nehmen." August 1898: „Wir beide, mein Freund und ich, rufen aus: Für die protestantische Kirche alles!" Vom Oktober 1898 an nennt er sich korrespondierendes Mitglied des geheimen Bundes der Zwölfe und macht hinter seinen Namen ein Zeichen bestehend aus einer herzförmigen Figur mit einem Kreuze und drei Punkten. Im November theilt er dem Ministerium des Innern mit, dass er beauftragt worden sei, demselben einige Paragraphen aus den Bundestatuten zur Kenntnissnahme zu unterbreiten. Diese lauten: „§ 1. Der Bund der Zwölfe steht auf dem Boden des evangelischen Glaubens und hält treu zu Kaiser und Reich. § 2. Die Mitglieder des Bundes verpflichten sich, dem Einfluss der Jesuiten überall, wo sie ihnen begegnen, entgegenzutreten."

Von jetzt ab schreibt er sehr häufig Briefe an einen „Freund und Bundesbruder", die er abschriftlich seinem Vormund mittheilt, ohne den Namen des eigentlichen Adressaten zu nennen; wo die Originale bleiben, wird nicht bekannt. 7. November: „Es ist Pflicht eines jeden Deutschen, alle diejenigen Beamten, die in ihren Mitmenschen, welche die Wahrheit sagen, Sozialdemokraten zu erkennen glauben, tüchtig zu verkohlen." November 1898 schreibt er seiner Frau, dass seine Scheidung demnächst erfolgen werde, und dass er sich mit einer reichen Wittwe, Frau Wilhelmine v. d. Hook, verlobt hätte. Am 3. December theilt er dem Vormund mit, dass ihm am 24. Juli 1897 in Aachen ein Sohn geboren worden sei, der den Namen Wilhelm v. d. Hook-K. führen werde. 7. December: „Obgleich ich es versucht habe, der evangelisch-lutherischen Gemeinschaft treu zu bleiben, kann ich es nicht über mich bringen, Heuchler zu spielen. So lange ich in der hiesigen Staatsspelunke bin, kann ein Austritt und ein Uebertritt nicht stattfinden. Demnach bin ich gezwungen, bis auf Weiteres die Rolle eines Religionslosen zu spielen. Sie und andere tüchtig verkohlt zu haben, das macht mir grosses Vergnügen. Auf Wahrheit beruht: Eine Frau v. d. Hook habe ich im August 1895 in Hamburg allerdings kennen gelernt, aber habe mich derselben nicht weiter genähert. Aus dieser Bemerkung müssen Sie als kluger Jurist herausfinden, dass ich Sie bisher nur zum Besten gehabt habe." 11. December 1898: „Dass meine Zuschriften mitunter Widersprüche enthalten, geschieht absichtlich."

Im Frühjahr 1899 bietet er ganz plötzlich dem Arzte die Hand zur Versöhnung und ist seitdem wieder höflich und freundlich im Verkehr. Auf Erörterungen über seine Briefe lässt er sich aber nur sehr wenig ein. Wie er die Briefe hinausbefördere, sei sein Geheimniss. Die Antwort erhalte er stets durch Inserate in den Dresdner Nachrichten. Die Briefe an den angeblichen Freund, den er neuerdings Eginhardt oder Egin nennt, beschäftigen sich meist mit skandalösen Vorgängen in seiner Familie, von denen er angeblich durch diesen Freund Kenntniss erhalten hat. Ferner enthalten sie Vorschläge betreffs der Gründung eines Musikvereins, für den wechselnde Namen gewählt werden und dem der Kranke seine Dienste als Sekretär gegen eine jährliche Vergütung von 3000 Mark zur Verfügung stellt.

Der Verein soll den Zweck haben, durch Veranstaltung von wohlfeilen Konzerten das Interesse für protestantische Kirchenmusik in weiteren Kreisen zu verbreiten. Die Mittel dazu sollen lediglich durch wohlthätige Spenden aufgebracht werden. Er schreibt deshalb häufig Briefe an verschiedene Personen mit wohlklingenden Titeln und dankt für angebliche Beiträge für den zu gründenden Verein. Er behauptet, dass bereits 55000 Mk. für denselben bei seinem Freunde eingezahlt seien. Auch von solchen Briefen zeigt er nur die Abschriften der angeblich auf geheimen Wege



hinausbeförderten Originale. Oefters rühmt er sich anderen Kranken gegenüber, die Aerzte belogen und hinter's Licht geführt zu haben.

In diesem Falle haben wir wiederholte unumwundene Geständnisse des Kranken, dass er gelogen habe. Wenn sich diese Geständnisse auch nur auf einen Theil seiner unrichtigen Behauptungen beziehen, so gehen wir gewiss nicht zu weit, wenn wir dieselben alle für bewusste Lügen erklären. Dass der Freund, an welchen er seine zahlreichen Briefe richtet, nicht existirt, ist sicher, ebenso sicher, dass er diese Briefe gar nicht absendet, weil man sonst von dem Verbleib derselben etwas hätte hören müssen. Die Absicht des Kranken für seine Erfindungen ist klar. Er will sich selbst dadurch interessant machen, will über seine Unfähigkeit und Talentlosigkeit hinwegtäuschen und gleichzeitig seine Angehörigen möglichst kränken und in den Schmutz herabziehen; denn er nimmt natürlich an, dass diese vom Inhalt seiner Briefe durch seinen Vormund Kenntniss erhalten. Um das Wahnsystem eines Paranoikers kann es sich hier nicht handeln, da sonst die eigene Persönlichkeit des K. in den Wahnvorstellungen noch eine grössere Rolle spielen würde; wenn er sich z. B. nur den Posten eines Sekretairs mit dem bescheidenen Gehalte von 3000 Mk. zugedacht hat, so ist das für einen aus wohlhabenden Verhältnissen stammenden Kaufmann gewiss nicht als Grössenidee aufzufassen. Dass der Kranke kein Paralytiker ist, beweist die lange Dauer der Krankheit und das Fehlen körperlicher Krankheitssymptome.

Die drei geschilderten Fälle unterscheiden sich dadurch von den bisher veröffentlichten, dass die Letzteren fast ausschliesslich forensische Fälle waren und insofern grösseres Interesse boten, aber der Beurtheilung auch mancherlei Schwierigkeiten entgegenstellten. Unsere Fälle liegen verhältnissmässig einfach. Es ist bei keinem der Kranken zu erheblichen Konflikten mit dem Strafgesetz gekommen, wenn auch zugegeben werden muss, dass ein solcher Konflikt bei längerem Verweilen der Kranken ausserhalb der Anstalt wohl möglich gewesen wäre. Die von Delbrück, Köppen u. s. w. geschilderten Kranken hatten ein Interesse daran, ihre lügenhaften Angaben als Wahnideen hinzustellen, damit sie für geisteskrank und unzurechnungsfähig erklärt würden; unsere Kranken geben, wie oben geschildert, theilweise ganz unumwunden zu, dass sie gelogen haben. Und diese Geständnisse besitzen um so mehr Glaubwürdigkeit, als sie nicht durch das Verhör des Arztes veranlasst worden sind, sondern nur gelegentlich und mehr oder weniger unbetheiligten Personen gegenüber gemacht wurden. Gerade dieser Punkt, dass wenigstens manche Lügen der Kranken bewusste sind, scheint mir eine hervorragende Bedeutung zu haben, da die Autoren sämmtlich betonen, dass die Kranken an ihre Lügen selbst glauben, dass die Lügner bald aufhören, Herr der eigenen Lüge zu sein, dass dieselbe einen krankhaften Zwang auf sie ausübe und den Werth eines wirklichen Erlebnisses bekomme, sodass sie schliesslich von der Wahnidee nicht zu unterscheiden sei. Ich halte den Beweis hierfür in vielen der bis jetzt veröffentlichten Fälle nicht für erbracht, weil eben die betreffenden Kranken in der Furcht vor einer ihnen drohenden Strafe sich gewiss nicht offen und unbefangen geäussert haben. Es muss zwar zugegeben werden, dass manche von derartigen Kranken vorgebrachten Lügen unbewusste sind, und dass zwischen krankhafter Lüge und Wahnidee ein fliessender Uebergang vorhanden ist. Die zweite der oben mitgetheilten Krankengeschichten kann hierfür als Beispiel angeführt werden. Andrerseits steht aber auch fest, dass das Fehlen der Bewusstheit nicht als nothwendiges Charakteristikum der krankhaften Lüge angesehen werden kann.

Was berechtigt uns aber dann, solche Lügen überhaupt als „krankhafte" zu bezeichnen? Die erwähnten Beobachter finden das Eigenthümliche der pathologischen Lüge ausser in dem mangelnden Bewusstsein noch darin, dass dieselbe einen ausgesprochen aktiven Charakter trägt, dass also der Kranke sich nicht begnügt, Thatsächliches abzuleugnen, sondern auch ganze Geschichten hinzu erfindet. Hierin liegt allerdings ein wichtiges Merkmal, das auch durch unsere drei Fälle volle Bestätigung findet. Da aber die aktive Lüge auch bei geistig Gesunden zu beobachten ist, so kann es sich hierbei nur um einen graduellen Unterschied handeln.

Das wichtigste Unterscheidungsmerkmal der krankhaften Lügen von denen Gesunder, das meines Erachtens bisher noch nicht genügend betont worden ist, scheint mir folgendes zu sein: Dem krankhaften Lügner fehlt jedes Gefühl für das Beschämende, bei seiner Unwahrheit ertappt zu werden, und es fällt ihm auch gar nicht ein, in seinen Behauptungen nach einem etwaigen Misserfolge künftighin vorsichtiger zu sein. Es handelt sich stets um psychisch entartete Menschen, denen das Verständniss für die höheren, ethischen Begriffe mehr oder weniger abgeht. Sie empfinden also das moralisch Verwerfliche der Lüge nicht, sondern lassen sich durch egoistische Gründe immer wieder zu unwahren Behauptungen bestimmen. Sie thun das auch auf die Gefahr hin, der Unwahrheit überführt zu werden, weil sie immer nur die augenblick-



liche Wirkung vor Augen haben, aber gar nicht im Stande sind, die weiteren Folgen zu bedenken. Beweisen sie schon hierdurch einen hohen Grad von Urtheilsschwäche, so tritt diese noch deutlicher dadurch hervor, dass ihre Lügen stets plump und unwahrscheinlich, deren Inhalt ganz phantastisch und oft geradezu ungeheuerlich ist. Die naive Voraussetzung, dass dergleichen Behauptungen bei verständigen Menschen Glauben finden können, ist gewiss nur bei beträchtlichem Schwachsinn möglich.

Die „krankhafte Lüge" ist somit als ein Symptom des Schwachsinns, der psychischen Entartung anzusehen. Sie hat ihre besondere Bedeutung dadurch, dass sie in manchen Krankheitsfällen, wie z. B. in den hier mitgetheilten, so in den Vordergrund tritt, dass sie das ganze Krankheitsbild beherrscht. Man findet das Symptom aber auch bei anderen Krankheitsformen, welche mit psychischer Entartung verbunden zu sein pflegen. So lässt es sich verhältnissmässig oft bei periodischem oder circulärem Irresein beobachten und zwar besonders auch in den anfallsfreien Zwischenzeiten.

Den Namen „Pseudologia phantastica" wählte Delbrück für das Symptom, weil er es als ein Mittelding zwischen Lüge und Wahnidee, bezw. Erinnerungsfälschung auffasste und es nicht für richtig hielt, in solchen Fällen noch von einer Lüge, d. h. einer bewussten Unwahrheit zu sprechen. Da aber, wie wir gesehen haben, durchaus nicht in allen Fällen den Kranken das Bewusstsein der Unrichtigkeit ihrer Behauptungen fehlt, so dürfte doch für diese Krankheitserscheinung die Bezeichnung „krankhafte Lüge" als zutreffender und umfassender vorzuziehen sein.

Mittheilungen.

— Von den Nationalliberalen ist im preussischen Abgeordnetenhause ein Antrag eingebracht worden, der dahin geht, die Staatsregierung zu ersuchen, einen Gesetzentwurf vorzulegen, durch welchen nach den Grundsätzen des Gesetzes vom 8. Juli 1875 den Provinzialverbänden aus den Ueberschüssen des Etatsjahres 1899/1900 ein Fonds von 50 Millionen Mark überwiesen werde. Wenn, was keinem Zweifel unterworfen ist, dieser Antrag durchgeht, so wird auch die Irrenfürsorge in Preussen, die zu den Aufgaben der Provinzialverbände gehört, manche Vortheile davon haben. Dieselben werden sich in erster Linie natürlich auf die Kranken selbst und die für sie bestimmten Einrichtungen erstrecken, aber auch die Pflegepersonalfrage blieb bisher noch in manchen Punkten unbeantwortet, die ohne entsprechende Mittel nicht zu erledigen sind. Neben den von andrer Seite schon früher hervorgehobenen Bedürfnissen (z. B. Pflegerwohnungen etc.) möchten wir noch einmal auf die wohl gerechtfertigte Gewährung von Kostentschädigung während Beurlaubungen für das Personal, dem die freie Kost im Gehalt angerechnet wird, hinweisen (Siehe diese Wochenschrift No. 25, S. 230). Wie an jener Stelle schon bemerkt, wird diese Entschädigung bereits in den Kgl. Sächsischen, den Grossherzoglich Badischen Anstalten und denen der Provinz Brandenburg gewährt.

— Es gereicht uns zu besonderer Freude berichten zu können, dass der in No. 33 dieser Wochenschrift gegebenen Anregung, die Anstaltsgeisteskranken in die Unfallversicherung einzubeziehen (zumal dies für die Gefangenen geplant ist), an zuständiger Stelle aller Voraussicht nach Folge gegeben werden wird. Nicht zum geringen Theile wird dies dem Herrn Reichstagsabgeordneten Frhrn. von Richthofen (Wahlkreis Schweidnitz-Striegau) zu danken sein, der sowohl in der Reichstagsdebatte über die Novellen zum Unfallversicherungsgesetz am 22. Januar, als auch in der für die Berathung derselben eingesetzten Commission mit grösstem Interesse für die Sache eingetreten ist.

— In Lyon fiel am 23. v. M. Dr. Devoy, Arzt der Irrenanstalt der Ordensbrüder Saint-Jean-de-Dieu, durch einen Feilenstich seitens eines Irren seinem Beruf zum Opfer. Devoy war gerade damit beschäftigt, einige Insassen der Anstalt zu impfen, als ihm ein für gewöhnlich sehr ruhiger Kranker die Feile, die derselbe bis dahin unter den Kleidern verborgen trug, meuchlings in den Unterleib stiess. Bei der sofort vorgenommenen Laparotomie fand man die Eingeweide verletzt; eine acute Bauchfellentzündung führte in kurzer Zeit den Tod herbei.

— Trénel — St. You — theilt in der Sitzung der Soc. méd.-psychlg., 27. Novb. 1899, eine Reihe von Maladies mentales familiales mit, die auch bei getrennt lebenden Geschwistern oft im nämlichen Lebensalter zum Ausbruch kommen, also nicht auf Induktion, sondern auf einer gemeinsamen erblichen Anlage beruhen, wie dies in den familialen Neurosen bekannt sei. Von primärer hallucinatorischer Verrücktheit führt er ein Schwesternpaar, von primärer Demenz vier Schwesternpaare an, von periodischen Formen fünf Schwesternpaare und einen Fall von drei Schwestern, von Delirium acutum einen Fall, wo zwei Schwestern an delir. acut. in der Anstalt starben, die dritte einen Anfall von hallucinatorischer Verwirrung durchmachte, ein Bruder Neurastheniker war. — Die Mutter war an puerperaler Psychose gestorben. Endlich führt Verfasser noch ein Schwesternpaar an, das nicht nur an primärer Demenz, sondern auch an spasmodischer Paralyse litt, also psychotisch und neurotisch veranlagt war.

— In der Sitzung der Soc. méd.-psychol. vom 30. October 1899 liest Farnarier eine von ihm und P. Sérieux verfasste Arbeit über Bettbehandlung der Geisteskranken. Verf. bespricht die in Deutschland schon allgemein bekannten und in praxi ausgiebig angewandten günstigen Wirkungen der Bettruhe auf



Circulation, Respiration, Stoffwechsel, auf das in seinen motorischen (Manie), sensibeln (Melancholie), sensoriellen Regionen (Hallucination) überanstrengte oder durch Intoxication (Verwirrtheit) geschädigte Gehirn. Die Bettruhe sei deshalb bei allen acuten, frischen Fällen indiziert, sie wirke an und für sich schon bessernd ein, mache oft Medicamente und disziplinarische Mittel unnöthig, erhebe die Irrenanstalt erst zum Krankenhaus. — Allerdings könne die Bettbehandlung auch Nachtheile haben, z. B. Hypostasen produciren etc., denen aber zu begegnen sei. Die Verfasser stellen die Bettbehandlung als Fortschritt auf die nämliche Linie mit dem No-restraint, dem Open-door und der Colonisation. — Sie werde in Frankreich eine Umwälzung im bisher üblichen Bau und Betrieb der Irrenanstalten zu Wege bringen.

— Wegen an **Geisteskranken verübter Misshandlungen** durch Ohrfeigen, Fusstritte und Schläge mittelst Schlüsselbundes oder Besenstiels wurden am 31. v. M. 3 Pfleger der Irrenklinik in München zu 7, 4 und 3 Tagen, 1 zu 3 Wochen Gefängniss verurtheilt. Die Strafthaten reichen bis ins Jahr 1897 zurück und wurden erst jetzt von einem entlassenen Pfleger, der sich an einem der Betheiligten rächen wollte, angezeigt.

— **Ein Reichsgesundheitsrath.** Die Errichtung eines Reichsgesundheitsraths ist, wie dieser Tage gemeldet wurde, in Aussicht genommen, falls der Reichstag den in Vorbereitung befindlichen Gesetzentwurf über die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten gutheisst. Wenn der Plan zur Ausführung gelangt, so würde damit im Deutschen Reiche eine Institution geschaffen werden, die in andern Staaten bereits mit gutem Erfolge sich bethätigt hat. Ein solcher oberster Sanitätsrath besteht in Oesterreich, Italien und in Belgien; in Frankreich überwacht ein berathendes Gesundheitscomité das öffentliche Sanitätswesen; England hat in einem Collegium von Sachverständigen eine ähnliche Einrichtung. Auch in Deutschland sind in den einzelnen grösseren Bundesstaaten Organe vorhanden, die für eine einheitliche Regelung des Landesmedicinalwesens Sorge zu tragen haben. Diese Landesbehörden aber sind in ihrer Wirksamkeit auf den Einzelstaat beschränkt; es fehlt ihnen die zusammenfassende Spitze, die abweichende Ansichten ausgleicht und vereinzelte Anordnungen für das ganze Reichsgebiet, soweit erforderlich, zur Geltung bringt. Allerdings besteht bei den verbündeten Regierungen ein Reichsgesundheits-Amt, letzteres vermag jedoch weder seiner Zusammensetzung noch seinem Pflichtenkreise nach denjenigen Angaben ausreichend gerecht zu werden, welche dem projektirten Reichsgesundheitsrath zugedacht sind. Abgesehen davon, dass das Kaiserliche Gesundheitsamt vielfach mit Arbeiten betraut ist, die ausserhalb der medizinischen Sphäre liegen, erscheint es wünschenswerth, dass in Seuchenzeiten, je nach den auftretenden Einzelerscheinungen, die hervorragendsten Spezialforscher und wissenschaftlichen Autoritäten zur Mitarbeit herangezogen werden können. Die Unzulänglichkeit der bisherigen Einrichtungen für die Seuchenbekämpfung ist bei der letzten Cholera-epidemie deutlich hervorgetreten. Daher soll eine dauernde Institution geschaffen werden, die schon vermöge ihres Mitgliederbestandes die Gewähr für grösste Sachkunde und höchstes Ansehen bietet. Die autoritative Stellung des Reichsgesundheitsraths könnte unter Umständen auch dem Auslande gegenüber von Nutzen sein. Man wird annehmen dürfen, dass die Rathsmitglieder ihre Funktionen ehrenamtlich (?) ausüben. (Schles. Ztg.)

— **Was ist ein Räzel?** Sind die Augenbrauen eines Menschen nach der Mittellinie zu so verlängert, dass sie sich einander berühren, so gewinnt bekanntlich das Gesicht einen finsteren, verschlossenen Ausdruck, der zu rathen giebt. Diese Anomalie findet sich am häufigsten bei Melancholischen, speciell constitutionell Melancholischen, auch bei der depressiven Form der Paranoia. Die Volkssprache hatte früher, was weniger bekannt sein dürfte, dafür die Bezeichnung Rätsel oder Räzel. In Grimm's Wörterbuch liest man darüber Folgendes:

Rätsel, Räzel: von einem Menschen mit zusammengewachsenen Augenbrauen: „seiner ganzen Physiognomie gab es einen eigenen Ausdruck, dass er ein Räzel war, d. h., dass seine Augenbrauen über der Nase zusammenstiessen", Goethe *25, 228* (Wahrheit und Dichtung); „so fand ich's lustig, seine dichteren Augenbrauen mit einem gebrannten Korkstöpsel mässig nachzuahmen und sie in der Mitte näher zusammenzuziehen, um mich bei meinem räthselhaften Vornehmen auch äusserlich zum Rätsel zu bilden". 353. Ob diese Bedeutung mit der vorigen zusammenhängt, erhellt nicht. In der Oberpfalz sind Rätsel Hausgeister, Kobolde, die Rätsellöcher bei Roding unterirdische Gänge, wo die Rätseln aus- und eingingen und Hausarbeit verrichteten.

Bücherschau.

— In einem kleinen Essai sur la Pathogénie du Délire de la Paralysie générale (Ann. méd.-psych. 1900 Jan.-Febr.) analysirt Dr. Lalande-Charenton den paralytischen Grössen- und Kleinheitswahn psychologisch und versucht ihn anatomisch zu lokalisiren. Er findet dessen Hauptcharakter im Verluste der Vergleichsfähigkeit. Der Kranke messe und taxiere neu ankommende Reize nicht mehr an und nach den Erfahrungen seines früheren Lebens; deshalb werden seine Conceptionen masslos, gross oder klein, ihr Raum unbegrenzt und ihr Geschehen nur noch im Praesens Indikativ ausgedrückt. Der Patient unterscheidet endo- und exogene Reize nicht mehr von einander, somit gehe alles von ihm selbst aus: „Autopsychismus". Die vier Falret'schen Charaktere des paralytischen Delirs, Vielgestaltigkeit, Veränderlichkeit, Begründungslosigkeit und Widerspruch, seien nur eine weitere Folge des Verlustes der Vergleichsfähigkeit.

Anatomisch sei die molekulare, also die äusserste Rindenschicht mit ihren Tangentialfasern, Endbäumchen, Collateralen und verschiedenartigen Zellen zuerst und hauptsächlich erkrankt. Die ankommenden Reize werden nicht mehr zertheilt, sondern laufen ohne Verarbeitung und Controle in die motorischen und associativen Bahnen weiter, gerade wie die Reflexe in einem der cerebralen Hemmung beraubten Rücken-



marke. Verfasser schliesst nun, dass die Fähigkeit des Vergleichens eben in der molekularen Schicht localisiert sein müsse, eine Hypothese, die weder in Prämissen noch Conclusionen unanfechtbar ist, aber ein erfreuliches Zeichen dafür, dass das Bedürfniss, psychisches Geschehen an morphologische Elemente zu binden, aus der fortschreitenden anatomischen Erkenntniss stets neue Belehrung zu schöpfen sucht.

— De l'Epilepsie consciente et mnésique par le Dr. Minier. (Annal. méd.-psych. 1900, Nr. 1.) M. bespricht die Publikation von M. Ducosté (Paris. Vigot fréres. 1899), welche den impulsiven Selbstmordtrieb als psychisches Aequivalent der Epilepsie abhandelt. Derselbe steige plötzlich, unvermittelt auf, ohne Angst, dem Patienten völlig bewusst, könne von ihm bekämpft werden, verschwinde nach verschieden langer Dauer ebenso rasch, wie er gekommen sei, hinterlasse körperliche und geistige Mattigkeit, Kopfschmerz und klare Erinnerung. Wie die convulsiven Anfälle erscheine der Selbstmordtrieb periodisch, familiär, bei erblich Belasteten und durch intellectuelle oder sexuelle Ueberanstrengung geschwächten Individuen. Von den vier von Ducosté beschriebenen Fällen hat nur einer Nutzen von Bromtherapie gehabt. Wichtiger sei psychische und ethische Kräftigung. D. mache noch besonders auf die forense Bedeutung dieser Fälle aufmerksam, denen zwei Hauptkriterien epileptischer Vorgänge fehlen, nämlich Bewusstlosigkeit und Erinnerungsdefekt.

La loi sur les aliénés et le rapport du docteur Dubief à la chambre des députés. Par le docteur E. Marandon de Montyel, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard. Gazette des Hôpitaux, 1900 No. 1.

Das französische Irrenwesen beruht bisher noch auf dem Gesetz vom Jahre 1838. Die vielfachen Mängel desselben, die sich im Laufe der Zeit herausstellten, veranlassten im Jahre 1882 die Regierung, einen Gesetzentwurf — ausgearbeitet von Politikern und Aerzten — vorzulegen, der nach eingehender Berathung im Senat 1887 der Deputiertenkammer unterbreitet wurde. Die begleitenden Motive führten als wesentliche Neuerungen an: Ausdehnung der Beaufsichtigung auch auf die nicht in Anstalten untergebrachten Geisteskranken; Bestimmungen über geisteskranke Verbrecher und wegen Unzurechnungsfähigkeit Exculpierte; Vorkehrungen gegen Unterbringung nicht geisteskranker Personen, Beaufsichtigung der Anstalt durch Kommissionen etc. Nach einer sehr dilatorischen Behandlung wurde im Jahre 1896 in der Kammer ein Kommissionsbericht erstattet, der von Herrn Marandon de Montyel damals einer ausführlichen Kritik unterzogen wurde. Der Entwurf enthielt neben zahlreichen vortrefflichen auch weniger günstige Bestimmungen. Unter den ersteren seien erwähnt: Unterbringung von Epileptischen, Idioten und Trinkern; Einrichtung einer kolonialen Irrenpflege; Verpflichtung der Behörden, auch für nicht gemeingefährliche, aber heilbare Kranke zu sorgen. Auch dieser Entwurf gelangte indessen nicht zur Annahme und erst jetzt ist die Dringlichkeit der Berathung beschlossen, nachdem ein neuer Entwurf in der Kommission ausgearbeitet war. Eine Besprechung der Neuerungen dieses Entwurfs bringt die vorliegende Arbeit, die soviel allgemeine Gesichtspunkte berührt, dass sie auch dem deutschen Leser von Interesse sein wird. Sie kommt zu den folgenden Resultaten:

Der neu aufgestellte Artikel I stellt, als Folge des Rechts der Armen auf öffentliche Hülfe, die Pflicht der Behörden fest, für die Geisteskranken zu sorgen. Artikel II macht neben der Behandlung der eigentlichen Geisteskranken, Epileptiker, Kretinen und Idioten auch die der Alkoholiker obligatorisch. Ein an und für sich anzuerkennender Gedanke; aber die mit wesentlichen Mehrkosten verknüpfte Ausführung würde nur dann Erfolg versprechen, wenn dem Arzt die Möglichkeit gegeben würde, den Trinker auch gegen seinen Willen wenigstens 1 Jahr in der Anstalt zu halten. Wie schon in den früheren Entwürfen wird sodann die Pflicht zur Behandlung Geisteskranker auch auf die nicht gemein-, aber sich selbst gefährlichen, sowie auf jene ausgedehnt, deren Heilbarkeit davon abhängt.

Eine wesentliche Verbesserung bringt der Entwurf dadurch, dass er die koloniale Verpflegung für alle Geisteskranken zulässt, nicht nur, wie bisher für Senildemente und Idioten. Erstere solle man, soweit möglich, in ihren eigenen Familien lassen; letztere, wie die Epileptischen, gehören in Ackerbaukolonien, in welchen sie nur mit ihren Wärtern wohnen. Dagegen seien 70% der eigentlichen Geisteskranken, acute wie chronische Fälle, geeignet, in „Colonies familiales" untergebracht zu werden. Die Unterstellung dieser Kolonien unter Irrenärzte, wie ihn der Entwurf verlangt, ist eine werthvolle Ergänzung. Auch für die im eigenen Hause verbleibenden Kranken können die Departements eine Hilfe einrichten.

Als weniger glücklich ist jene Neuerung zu betrachten, die in die Ueberwachungskommissionen einen Arzt delegieren will. Es muss das zu Misshelligkeiten zwischen den Anstaltsärzten und dem in puncto Behandlung der Geisteskranken nicht sachverständigen Kollegen führen. In gleichfalls weniger beifallswürdiger Weise ist die Frage der Organisation des ärztlichen und Verwaltungsdienstes geordnet. Bisher bestanden zwei Modi. Nach dem einen ist der „Médecin en chef" zugleich „Directeur administratif". In grösseren Anstalten hat er ein oder zwei „Adjoints" (Assistenten) neben den üblichen „Internes" (noch unexaminierte Volontäre). Die Adjoints haben weder bestimmten Geschäftskreis noch Verantwortung; der Direktor selbst wird durch seine Verwaltungsgeschäfte dem ärztlichen Dienst im wesentlichen Grade entzogen. Nach dem andern nur in wenigen grossen Anstalten giltigen Modus giebt es einen Verwaltungsdirektor mit einem oder mehreren „médecins en chef". Die eigentliche Gewalt ruht in den Händen des ersteren, was zu um so grösseren Missständen führte, als diese Stellen erst von Männern eingenommen werden, die vorher nie eine Irrenanstalt betreten haben: „sie sind eine Beute ministerieller Günstlinge".

Die erste Kommission hatte die „adjoints" durch selbsständigere „médecins fraitants" ersetzt; für den Fall der Trennung von ärztlichem und Verwaltungsdienst sollte auch der Verwaltungsdirektor nur ein Arzt sein dürfen. Demselben wurde eine autoritative



Stellung auch gegenüber den „médecins en chef“ eingeräumt, denen nur das Recht bleiben würde de saigner, de purger, de lavementer“.

Die zweite Kommission hat dagegen vorgeschlagen, dass an der Spitze jeder Anstalt ein „médecin directeur“ stehen solle, der gegenüber den anderen Aerzten die gleiche autoritative und dadurch lähmende Stellung besitzen würde. Sind mehr als 3 Aerzte vorhanden, was nur im Dep. de Seine der Fall ist, so wird ein Aerzterath unter Vorsitz des Direktors eingerichtet.

Wesentlich verschlechtert wird diese Bestimmung noch dadurch, das im Departement de Seine sämmtliche Anstalten — bisher 5, später vielleicht 15 — einem Direktor unterstellt werden sollen, dem für jede Anstalt ein Generalsekretär beigegeben wird. Der Letztere würde der eigentliche Chef der Anstalt werden. Gewissermassen als Entschädigung erlaubt der Entwurf den Aerzten, ausserhalb der Anstalt zu wohnen und Privatpraxis zu treiben. Die Geisteskranken würden sicher dadurch vernachlässigt werden, während der Direktor durch Verwaltungsgeschäfte daran gehindert sein würde, sich um die zu kümmern, für die er verantwortlich ist.

Besser als alle diese Vorschläge war der ursprüngliche Text der Regierungsvorlage: danach gab es statt eines Direktors einen Verwalter, der in allem, was den äusseren Dienst anging, selbstständig war. Ueber ihm sollten die „médicins en chef“ ebenso selbstständig im ärztlichen Dienst, besonders auch dem Personal gegenüber sein. Die nothwendige Controlle des Verwalters würde sich durch die Handhabung des Krankendienstes von selbst ergeben. Privatpraxis, ausser specialistischer, wäre zu untersagen.

Die Bestimmungen über die Aufnahmen auf Veranlassung der Behörden sind unverändert geblieben. Hinsichtlich der sogenannten freiwilligen Aufnahmen sind zwei Verbesserungen geschaffen worden. Erstens ist der Absatz des vorigen Entwurfs, der bestimmte, dass der Arzt seine letzte Visite bei dem Kranken in Gegenwart des Friedensrichters, Bürgermeisters oder Polizeikommissars (!) zu machen habe, dadurch ersetzt worden, dass einem der beiden ersteren von dem letzten Besuch Mittheilung gemacht werde. (Jene Bestimmung war schon 1897 vom Verf. als unannehmbar bezeichnet worden. Ref.) Im Falle eines Widerspruchs hat eine kontradiktorische Untersuchung stattzufinden; den einen der beiden Sachverständigen ernennt der Kranke oder dessen Vertreter.

Die andere werthvolle Bestimmung ist die, dass, wenn ein Patient vom Arzt als zwar nicht geheilt, aber entlassungsfähig bezeichnet ist, die Angehörigen veranlasst werden können, ihn nach Hause zu holen. Besonders für Melancholiker in der Rekonvalescenz ist das von Wichtigkeit.

Weniger glücklich ist der Entwurf in der Frage der Unterbringung wegen Geisteskrankheit Exkulpierter vorgegangen. Die frühere Kommission hatte bestimmt, dass alle diese Kranken sofort in eine Anstalt überführt würden, da ja ihre Gemeingefährlichkeit nachgewiesen war. Anstatt dessen soll auch bei diesen jetzt eine kontradiktorische Untersuchung stattfinden, damit die Einheit des Gesetzes gewahrt sei. Es würde bei einem solchen Modus die dringende Gefahr entstehen, dass Richter und besonders Geschworene einen Angeklagten trotz anderer Ueberzeugung für zurechnungsfähig erklärten, um der Möglichkeit vorzubeugen, dass infolge des entgegengesetzten Resultats einer Nachuntersuchung der Kranke in Freiheit gesetzt würde. Nur anzuerkennen ist dagegen die Vorschrift, dass in jeder Kriminalsache der Richter darauf aufmerksam zu machen habe, dass eventuell Unzurechnungsfähigkeit auszusprechen sei.

Schliesslich ist noch die schätzbare Bestimmung getroffen, dass jenen Rekonvalescenten, die versuchsweise einen Monat beurlaubt werden, eine Unterstützung aus dem Anstaltsetat gewährt werde. Viele Kranke konnten bisher mangels an Mitteln diesen zur Vervollständigung der Heilung so nützlichen Weg nicht beschreiten. Ebenso wichtig wäre es aber auch für gelegentlichen kürzeren, zu Heilzwecken dienenden Urlaub diese Unterstützung zu gewähren.

Die vorstehenden Ausführungen suchen möglichst die Anschauungen des Verfassers wiederzugeben. Ref. hat sich eigener Bemerkungen überall enthalten.

Wie man sieht, sind die hauptsächlichsten Einwände gegen die Einrichtung des inneren Dienstes erhoben. Das bestehende System, schreibt der Verfasser, „hat seine Probe mit dem unseligen Reglement von 1857 abgelegt; ihm verdanken wir zum grossen Theil den beträchtlichen Stock Unheilbarer, die zur Zeit unsere Asyle füllen.“ Und die gleiche Wirkung befürchtet er, wenn bei Annahme des Kommissionsbeschlusses das „régime du bon plaisir“ von der Ernennung administrativer auf die medicinischer Direktoren übertragen würde, die, ohne dass sie früher eine Geisteskrankenabtheilung auch nur betreten hätten, Inhaber aller Autorität würden, während die behandelnden Aerzte zu „einer lächerlichen und kleinlichen Rolle“ verurtheilt wären.

Unter Vorbehalt dieser Aussetzungen spricht Verfasser jedoch den Wunsch aus, dass das neue Jahr Frankreich endlich ein neues Irrengesetz schenken möge. R.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaktion wird gebeten).

— Hof- und Medicinalrath Dr. Eduard Kessler, ehemaliger Direktor der Grossherzogl. Irrenanstalt „Karl-Friedrich-Hospital“ zu Blankenhain ist am 30. Januar gestorben.

— Der sächsische Provinziallandtag wählte am 6. d. M. an Stelle des ausscheidenden Landeshauptmanns Grafen von Wintzingerode den Generaldirektor der Landesfeuersocietät, Geheimen Rath Dr. Bartels zum Landeshauptmann.

— **Ueckermünde.** Am 1. Febr. ist Ass.-Arzt Dr. Albrecht in gleicher Eigenschaft an die Prov.-Irrenanstalt in Treptow (Rega) übergesiedelt, der bisherige Vol.-Arzt Dr. Dingel in die Stelle eines Ass.-Arztes eingerückt und Dr. Luther aus Kiel als Vol.-Arzt neu eingetreten.

Berichtigung.

S. 408, 2. Spalte, 4. Z. v. u.: Alt-Director statt Director.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien.)

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 47. 17. Februar **1900.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Die Arrangements für die körperlich Kranken in der Zentralirrenanstalt des Staates Indiana zu Indianapolis.

Durch die Güte des Leiters genannter Anstalt sind wir in die Lage versetzt, die nachstehende Abbildung und Beschreibung der dort zu errichtenden Stationen für körperlich Kranke unseren Lesern mitzutheilen, und sprechen wir Herrn Geo. F. Edenharter, M. D., Medical Superintendent, an dieser Stelle unseren ergebensten Dank aus.

Herr Dir. Edenharter schreibt:

Die in dem „American Journal of Insanity" Oktob. 1899 erschienenen Pläne sind dieselben wie sie dem legislativen Comité unterbreitet worden — die ersten Entwürfe. Die nachstehende Modell-Photographie dagegen entspricht dem revidirten, rearrangirten und praktisch vervollständigten Grundrisse.*)

Die Siechenabtheilungen sind in dem jetzigen Plan weggelassen. Wenn man sich den Bau über jedem der achteckigen Tagräume zweistöckig von einem Thurme überragt vorstellt, gewinnt man eine bessere Idee von der Architektur desselben.

Die Baulichkeiten sind für ein „general Hospital" für die kranken Patienten unserer Irrenanstalts-Bevölkerung bestimmt, d. i. für diejenigen, welche an „intercurrenten" Krankheiten leiden. In Ermangelung einer besseren Bezeichnung für seinen Zweck haben wir es „Hospital für die kranken Irrsinnigen" genannt.

*) Letzteren hier zu reproduzieren war aus verschiedenen Gründen nicht möglich.

Die Gesammtbevölkerung unserer Anstalt umfasst 1800 Patienten. Dieser Plan trifft Vorkehrung zur Behandlung von ungefähr einhundert Insassen. Fast so gross ist nämlich die Zahl derer, welche derartige Vortheile geniessen sollten; wie die Sachen jetzt liegen, sind alle Krankheitsfälle in unseren Hauptgebäuden untergebracht, eine Ungerechtigkeit allen Klassen gegenüber.

Die ganze Bautengruppe ist einstöckig, (ausgenommen die erwähnten Stellen), der Fussboden erhebt sich vier Fuss über der Erde, über einem voll erleuchteten und gut ventilirten Souterrain, dessen Boden cementirt sein wird. Das Hospital ist in drei bestimmte Theile: den medizinischen, wundärztlichen und den Bau für Operationsfälle eingetheilt und so arrangirt, dass jeder praktisch isolirt ist, jedoch Verbindung zwischen denselben und bequemen Zutritt zu jedem Departement gestattet. Das Arrangement trifft Vorkehrung für die vollständige Trennung der Geschlechter; die ganze linke Seite bildet die Gruppe für männliche, die rechte Seite die für weibliche Kranke, jede Seite jedoch umfasst die drei Abtheilungen, wie oben erwähnt, was die symmetrische Vertheilung der Bauten ermöglicht.

Das Administrations-Gebäude bildet den Mittelpunkt und enthält die Bureaux der ärztlichen und Verwaltungs- etc. Beamten. Das Besuchszimmer giebt

durch seine Lage und praktische Trennung Zutritt zu den beiden Departements.

Die Abtheilung für innere Kranke enthält ein Empfangszimmer, elf Einzelzimmer, jedes mit direktem Licht versehen, einen Schlafsaal für elf Betten, nebst einem grossen Tagraum („day sitting room"), von einer offenen Veranda umgeben (ein Theil derselben kann überdeckt werden). Die übrigen Räume bestehen in und steht in direkter Verbindung mit dem Operateur-, Kleider- und Badezimmer, sowie den Kranken- Anästhesie-, Vorraths- und Instrumentenzimmern.

Die Räumlichkeiten für Sterilisation, Droguen, Vorräthe, Bandagen etc. sind nahe zur Hand. Bezüglich dieser Verbindung beachte man auf der Photographie nicht nur die Distanz zwischen dem Operationszimmer und den Corridoren, sondern auch

Second Floor.

PATHOLOGICAL DEPARTMENT.
ERECTED 1895.

First Floor

PATHOLOGICAL DEPARTMENT.
ERECTED 1895.

Wäsche- und Vorraths-, Wärter- und Badezimmern nebst Closets.

Die allgemeine Eintheilung dieser Abtheilung ist in dem Bau für wundärztliche Krankheiten beibehalten mit Ausnahme eines weiteren Zimmers für „kleine Chirurgie" und Verbandserneuerung wundärztlicher Fälle. Diese Stationen sind durch zehn Fuss breite Corridore verbunden, die ihr Licht von beiden Seiten und von dem Achteck, gebildet durch die Unterbrechung der zwei Corridore, erhalten. Ein grosser Hof, der den Operationsraum mit all seinen Nebenräumen umgürtet, wird durch die vier Corridore, die die verschiedenen Abtheilungen verbinden, gebildet. Der Operationsraum erhält sein Licht von zwei Seiten, die vermehrte Höhe: dies wird zeigen, dass keine Unterbrechung von Licht oder Luft eintreten kann.

Diese Abtheilung umfasst ferner Räume für allgemeine Diagnose, elektrische Einrichtung und Vorrichtungen für Messungen, spezielles Zimmer für Auge und Ohr, Nase und Schlund, eins für Psychiatrie und Nervenleiden, eins für Gynäkologie und ein weiteres Zimmer für spezielle Zwecke.

Verbunden durch einen Corridor, jedoch ein selbstständiger Theil des ganzen Baues, ist die Station für operirte Fälle, welche einen Schlafsaal mit sechs Betten, Wärter- und Badezimmer enthält. Eine Abänderung kann in dieser Abtheilung noch vorgenommen

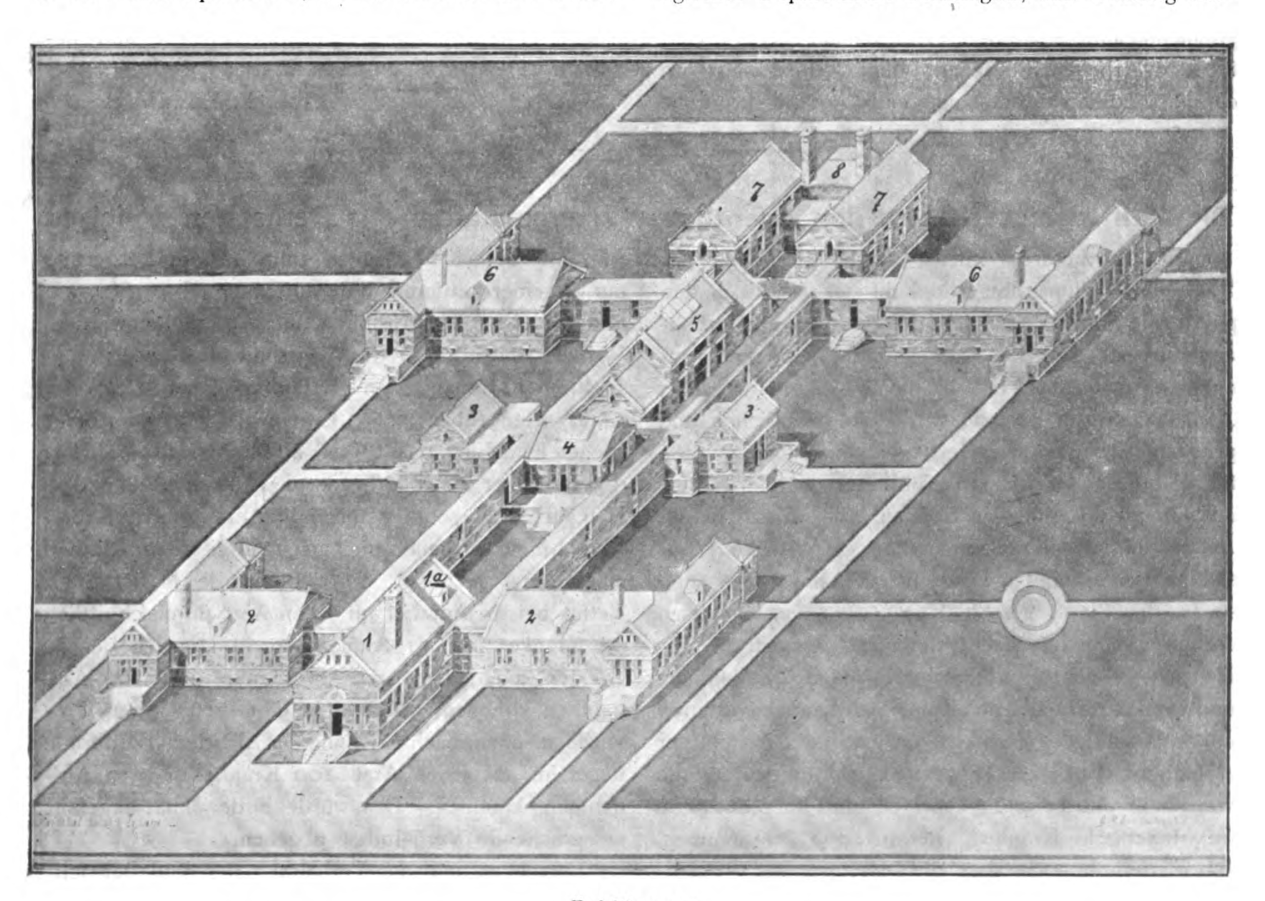
werden, um für diese Klasse von Fällen getrennte Zimmer statt des Schlafsaales zu schaffen.

Die Speisezimmer befinden sich im Hinterbau, sie erhalten ihr Licht von zwei Seiten; die Küche enthält Spül-, Vorraths-, Geschirr- und Wäschezimmer, und dient zufolge ihrer centralen Lage für die Speisezimmer beider Abtheilungen.

Das Fundament wird aus hartem Kalkstein aufgemauert auf konkreter Basis. Der ganze Souterrain-Boden wird cementirt, und ich will hier wiederholen, dass das Souterrain sich unter das ganze Gebäude — mit Ausnahme des Operationszimmers und der Nebenräume — erstrecken wird. Der Oberbau wird aus Backsteinen mit Besetzung von oolithischem Kalkstein aufgeführt, die Aussenmauern sollen hohl werden, um die Ventilation vom Keller zum Dache zu ermöglichen. Das Operations-, die Badezimmer und Closets werden mit Schiefer belegt, die Wände mit glasirten Ziegeln ausgemauert.

Die Röhren- und sanitäre Einrichtung wird nach modernster, wissenschaftlicher Weise getroffen und werden keine Ableitungsröhren unter irgend eine der Baulichkeiten durchgeleitet werden. Nur harter Verputz wird in den inneren Räumen angebracht werden. Die Heizung wird nach dem sogenannten „direkt-indirektem" System und die Ventilation in Uebereinstimmung mit den besten für Hospitäler gebräuchlichen Vorkehrungen eingerichtet.

Sie werden die Abwesenheit von Räumen für Laboratorien bemerken, welche unbedingt zur erfolgreichen Leitung der Hospitalthätigkeit nöthig sind. Ich nehme mir die Freiheit nebst dem Hospitalplan Ihnen ein Cliché und die Flurpläne für unser Pathologisches Departement beizufügen; eine Prüfung der-



Erklärung:

1. Verwaltungsgebäude; 1a. Besuchszimmer; 2,2 Station für innere Krankheiten; 3,3 für operirte Kranke; 4 für Diagnostik etc.; 5 Operationsraum; die an beiden Seiten angrenzenden Gebäude enthalten die in der Beschreibung bezeichneten Nebenräume; 6,6 Station für wundärztliche Fälle; 7,7 Speisesaal; 8 Küche. Bem.: Auf dem Plan sind bei 2 und 6 grössere Veranden vorgesehen. — Die Corridore sind nicht in der Richtung von 1—5 divergirend, wie es nach der Perspektive auf der Photographie scheint, sondern parallel. Auf dem Plan sind die Corridore weiter auseinandergerückt, so dass der Hof grösser und der Operationsraum auf jeder der beiden Seiten 24 engl. Fuss von dem Corridorbau entfernt ist, desgleichen die in der Mittelaxe gelegenen Nebenräume zu 5 und das diagnostische Gebäude (4), sowie 1a. Folgende Maasse dienen zur ungefähren Schätzung der Grössenverhältnisse: Operationsraum — 24 : 48 engl. Fuss. Haus 3 — 22 : 24; Besuchszimmer — 22 : 26; Speisesaal — 32 : 39 engl. Fuss.

selben wird erklären, warum diese Räumlichkeiten bei den Hospitalplänen ausgelassen sind.

Unser pathologisches Institut wurde bereits im Jahre 1895 fertig gestellt und legt von der Hochherzigkeit und dem Wohlwollen der Behörde für die Angelegenheit der Irrenanstalt ein beredtes Zeugniss ab. Als Pathologe wurde im J. 1897 Dr. R. Hessler aus Connersville an das Institut berufen, der im Besitz der erforderlichen Ausbildung das Amt antrat; es werden von den Ärzten histologische, klinisch-chemische, bakteriologische und andere pathologische Arbeiten betrieben; den Obduktionen wird eine besondere Sorgfalt zugewandt. — Auch auf die Untersuchung der Nahrungsmittel ist das Institut eingerichtet. — Für nicht an der Anstalt fungirende Aerzte, Studirende und andere Personen, die sich speziell für die Sache interessiren, werden von Zeit zu Zeit Vorträge und Demonstrationen abgehalten und besonders wird, wenn ein Fall zur Sektion gekommen, an Patienten, welche mit derselben Krankheit behaftet sind, der entsprechende klinische Befunde erläutert. — Es finden regelmässige Sitzungen des Anstaltsärztekollegiums statt, in welchen über besondere Fälle diskutirt und bestimmte Themata besprochen werden.



Pathological Department.

Geo. F. Edenharter.

Die Zahl der Aerzte an den öffentlichen Irrenanstalten des Deutschen Reiches.

In No. 27 dieser Wochenschrift habe ich eine Zusammenstellung über die Zahl der Aerzte in den preussischen Provinzial-Irrenanstalten im Verhältniss zur Zahl der Kranken und der jährlichen Aufnahmen gegeben. Durch meine Bearbeitung der „Personalien der Aerzte an den öffentlichen und privaten Anstalten für Geistes- und Nervenkranke“, für den Kalender für Irren und Nervenärzte bin ich nun in den Besitz der Notizen über die Zahl der Aerzte und der Kranken an den einzelnen Irrenanstalten des gesammten Deutschen Reiches gelangt und so in den Stand gesetzt, jene Zusammenstellung zu corrigiren und auf alle öffentlichen Irrenanstalten des Deutschen Reiches (ich habe nur die reinen Irrenkliniken und Irrenabtheilungen an allgemeinen Krankenanstalten unberücksichtigt gelassen) zu erweitern. Die Zahl der Aufnahmen (im Jahre 1897) ist wiederum dem Werke von Laehr und Lewald „Die Heil- und Pflegeanstalten für psychisch Kranke“, Berlin 1899, entnommen. Ich wiederhole noch, dass die Directoren nur an denjenigen Anstalten mitgerechnet sind, wo ausser dem Director kein oder nur ein Arzt angestellt ist.

Die letzte Rubrik, welche angiebt, wieviel Aerzte mindestens in jedem Landestheile fehlen, ist nach der Forderung von Alt berechnet, dass auf 100 Kranke und 25 % Jahresaufnahmen mindestens 1 Arzt gehört und dass für je 75 weitere Aufnahmen ein weiterer Arzt erforderlich ist. Doch kann letztere Forderung nur bei einer mittleren Jahresaufnahme (bis 50 %), wie in den meisten Irrenanstalten, aufrecht erhalten werden. Wo dieselbe aber so das Maass übersteigt, wie in den städtischen Irrenanstalten z. B. Berlins (über 100 %) oder gar Dresdens (über 200 %), kann man schon in der practischen Erwägung, dass keine Verwaltung sich bereit finden wird, hier die volle Forderung Alts zu erfüllen, dass aber auch bei wesentlich steigender Aerztezahl die Arbeiten sich mehr vertheilen, nur auf je 150 weitere Aufnahmen einen Arzt rechnen. So z. B. würde in der Stadt Berlin bei 49 Aerzten auf jeden Arzt durchschnittlich 69 Kranke und 71 Aufnahmen, in Dresden bei 10 Aerzten auf jeden Arzt 50 Kranke und 100 Aufnahmen kommen, während in den Preussischen Provinzialanstalten nach Erfüllung der Alt'schen Forderung ungefähr auf jeden Arzt 100 Kranke und 30 Aufnahmen kommen. Das würde in der That ungefähr entsprechende Verhältnisse abgeben.

Berechnet man das Verhältniss der Zahl der fehlenden Aerzte zur Zahl der vorhandenen Aerzte für jeden Bezirk, wie es in der letzten Rubrik der Tabelle geschehen ist, so bekommt man einen exakten Ausdruck für das Defizit resp. für die relative Versorgung der einzelnen Bezirke mit Aerzten und einen Maassstab zum Vergleich der einzelnen Bezirke.

Von preussischen Provinzen hat die relativ reich-

lichste Versorgung mit Aerzten, wie schon in dem obengenannten Aufsatz (No. 27) hervorgehoben wurde, Pommern mit 33,3 % Defizit, dann kommt Sachsen mit 38,1 %, Brandenburg und Hessen-Nassau mit 55,5 %, Schlesien mit 57,7 %, Ostpreussen mit 58,3 %, Westpreussen und Posen mit 60 %, Rheinprovinz mit

Es beträgt in	Die Zahl der Aerzte	Die Zahl der Kranken	Die Zahl der Aufnahmen (i. J. 1897)	Auf 1 Anstalts-Arzt entfallen Kranke	Auf 1 Anstalts-Arzt entfallen Aufnahmen	Es fehlen mindestens
Prov. Ostpreussen	12	1875	517	156	43	7 Aerzte = 58,3 %
„ Westpreussen	10	1561	427	156	42	6 „ = 60 „
„ Pommern	9	1156	315	128	35	3 „ = 33,3 „
„ Posen	10	1634	393	163	39	6 „ = 60 „
„ Schlesien	26	4486	898	172	38	15 „ = 57,7 „
„ Brandenburg	18	3110	575	172	32	10 „ = 55,5 „
„ Sachsen	21	2800	803	138	38	8 „ = 38,1 „
„ Schleswig-Holstein	10	1550	532	155	53	7 „ = 70 „
„ Hannover ohne Langenhagen	11	1665	542	151	49	7 „ = 63,6 „
„ Hannover mit „	14	2369	637	169	45	10 „ = 71,4 „
„ Westfalen ohne Eickelborn	12	1860	608	155	51	8 „ = 66,6 „
„ Westfalen mit „	13	2360	639	181	49	11 „ = 84,6 „
„ Rheinprovinz	26	3273	1693	126	65	18 „ = 69,2 „
„ Hessen-Nassau	18	2835	682	158	38	10 „ = 55,5 „
Kgr. Preussen	187	29009	8111	155	43	111 Aerzte = 59,9 %
„ Bayern (ohne Frankenthal)	30	4549	1265	151	42	17 „ = 56,6 „
„ Sachsen	31	4627	1792	149	58	21 „ = 67,7 „
„ Württemberg	15	1695	462	113	31	2 „ = 13,3 „
Grossh. Baden	16	2162	627	135	39	6 „ = 37,5 „
„ Hessen	11	1430	316	130	29	3 „ = 27,3 „
2 „ Mecklenburg	8	885	293	110	37	2 „ = 25 „
„ Braunschweig	4	487	113	122	28	1 „ = 25 „
„ Oldenburg	2	230	79	115	39	— „ = — „
3 Herzogth. Sachsen	11	1468	717	133	65	7 „ = 63,6 „
Herzogth. Anhalt und Lippe	4	485	138	121	34	1 „ = 25 „
Freie Stadt Hamburg	11	2008	568 (ohne Langhorn)	182	63	10 „ = 90,9 „
„ „ Bremen	2	242	137	123	68	1 „ = 50 „
„ „ Lübeck	2 mit Direktor	148	51	74	25	— „ = — „
Elsass-Lothringen	10	1965	489	196	49	10 „ = 100 „
Stadt Berlin	30	3315	3470	110	116	19 „ = 63,3 „
„ Frankfurt	4	300	470	75	117	2 „ = 50 „
„ Cöln	2 mit Direktor	160	251	80	125	1 „ = 50 „
„ Dresden	4	503	1035	126	257	6 „ = 150 „
„ Leipzig	2 mit Direktor	245	122	122	61	2 „ = 100 „
„ Bamberg	2 mit Direktor	100	57	50	29	— „ = — „
Städtische Anstalten	44	4023	5414	105	123	30 Aerzte = 68,2 %
Departemental-Pflegeanstalten Düsseldorf und Andernach	3	880	59	293	20	2 „ = 66,6 „
Deutsches Reich	391	56803	20441	145	53	224 Aerzte = 57,3 %



69,2 %, Schleswig-Holstein mit 70 %, Hannover mit 71,9 %, Westphalen mit 89,6 % Defizit.

Von den Bundesstaaten steht obenan Königreich Württemberg mit nur 13,3 % Defizit, dann kommen die Grossherzogthümer Mecklenburg, Oldenburg, Braunschweig und die Herzogthümer Anhalt und Lippe mit 25 %, Grossherzogthum Hessen mit 27,3 % (alle diese also übertreffen noch die Provinz Pommern), das Grossherzogthum Baden mit 37,5 %, Freie Stadt Bremen mit 50 %, Königreich Bayern mit 56,6 %, dann erst Königreich Preussen mit 59,9 %, die Herzogthümer Sachsen mit 63,6 %, Königreich Sachsen mit 67,7 %, Freie Stadt Hamburg mit 90,9 %, und Elsass-Lothringen mit 100 % Defizit. Von den Städten kommt Leipzig mit 100 % Elsass-Lothringen gleich, während es von Dresden mit 150 % noch übertroffen wird. Lübeck, Cöln und Bamberg, wo mit dem Direktor nur 2 Aerzte sind, lassen sich nicht recht mit den andern vergleichen. Jedenfalls kommt das Königreich Württemberg in der Aerzteversorgung dem Ideal bei weitem am nächsten, während Elsass-Lothringen und die Stadt Dresden am weitesten von demselben entfernt sind.

Hoppe (Allenberg).

Die zukünftige familiäre Irrenpflege in der Prov. Sachsen.

Der in Kurzem, nach fast 25jähriger segensreicher Thätigkeit aus dem Amt scheidende Landeshauptmann der Provinz Sachsen, Graf von Wintzingerode, hat durch die Einführung einer in grossem Stile angelegten familiären Irrenpflege im genannten Verwaltungsbereich dem Ausbau des prov. sächsischen Irrenwesens einen stolz ragenden Schlussstein aufgesetzt, der zugleich in der Geschichte der Psychiatrie ein bleibendes Denkmal seiner Verdienste um das Wohl der Irren sein wird. Legten schon die beiden unter seiner Aegide errichteten Musteranstalten Alt-Scherbitz und Uchtspringe davon beredtes Zeugniss ab, dass seine Bestrebungen nicht einseitig auf den finanziellen Gesichtspunkt eingestellt, dass er einer administrativen Auffassung abhold war, die der Bedürftigkeit mit Dürftigkeit begegnen zu können und damit das Gesetz erfüllt zu haben glaubt, dass vielmehr sein weitschauender Blick sich stets auch auf die Fortschritte des Irrenwesens richtete, so zeugt sein neuestes Werk ganz besonders von einer aussergewöhnlichen Sach- und Fachkenntniss auf dem Gebiete der praktischen Irrenpflege. Die nachfolgenden von ihm an den Landtag der Prov. Sachsen gerichteten Anträge sind sämtlich am 2. d. Mts. mit grosser Stimmenmehrheit angenommen worden. Dieselben lauten:

Der Prov.-Landtag wolle beschliessen, zu genehmigen:

1. dass von den der Fürsorge des Prov.-Verbandes der Provinz Sachsen bereits anheimgefallenen und in Zukunft noch anheimfallenden Geisteskranken und Idioten diejenigen, die sich zur familiären Verpflegung eignen, in Familien untergebracht werden, welche die Gewähr einer sachgemässen Behandlung und Verpflegung bieten,

2. dass als Durchgangs- und Stützpunkt für die Ausbreitung der familiären Irrenpflege zwei zur Aufnahme von je 150 Kranken geeignete Landesasyle erbaut und eingerichtet werden,

3. dass dem Prov.-Ausschusse die Wahl der Orte für die beiden Landesasyle und die Feststellung der speziellen Baupläne überlassen bleibt,

4. dass die zu 2 erforderlichen Mittel in Höhe von 900 000 Mk. in das Extraordinarium des Haupthaushaltsplanes für 1900/1901 eingestellt werden,

5. dass zur Deckung der durch die Unterbringung von Kranken in den beiden Landesasylen und in Familien entstehenden Kosten in den Haupthaushaltsplan für 1900/1901 jährlich 25000 Mk. eingestellt werden.

Die sich hieran anschliessende Begründung nebst Anhängen, 40 grosse Druckseiten umfassend, bringt eine klare Darstellung der Vortheile dieses Zweiges der Irrenpflege im Allgemeinen und der Möglichkeit, etwaige Nachtheile zu vermeiden einerseits, sowie der Nothwendigkeit ihrer Einführung speziell in der Prov. Sachsen andrerseits. In beiden Beziehungen, in letzterer ceteris paribus, dürften diese Erläuterungen sich auch auf andere Verwaltungsbezirke anwenden lassen. Die Motive spiegeln sowohl die günstigen Eindrücke wieder, die Graf von Wintzingerode selbst auf seiner in Gemeinschaft mit dem psychiatrischen Dezernenten und den Anstaltsleitern im Vorjahre nach den für die Familienpflege instruktivsten Plätzen Deutschlands, Belgiens und Frankreichs unternommenen Studienreise an Ort und Stelle gewonnen, als auch stützen sie sich auf die in Alt's bekannter Abhandlung gegebenen Ausführungen, die zum grossen Theil in der Vorlage wörtlich citirt sind. Die Anlagen: 1. Allgemeines Bauprogramm mit Beschreibung der zu errichtenden beiden Anstalten, Landesasyle genannt, 2. Bericht über die vorläufige Organisation der Familienpflege, sind von Alt selbst verfasst. Auch eine Anweisung für Pfleger ist beigefügt. Wegen der Einzelheiten der Vorlage etc. sei auf eine demnächst im Verlag von Carl Marhold, Halle a. S., erscheinende Abhandlung Alt's verwiesen.



Mittheilungen

— **Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.** Sitzung vom 11. Dzbr. 1899.

Vor der Tagesordnung stellt

1. Herr Oppenheim einen 17 jährigen Patienten vor, welcher von Jugend auf an Ohreneitern litt.

Vor mehreren Monaten Schmerzen in der rechten Kopfseite und rechten Nackenhälfte, dann Erbrechen, Bewusstlosigkeit, Fieber, rechsseitige Zuckungen und Lähmung des rechten Armes, später auch des r. VII. Im Laufe der Zeit allmählige Besserung, aber motorische Aphasie, geringe Störung des Wortverständnisses.

Zur Zeit leichte Parese des r. VII und motorische Aphasie, geringe Sensibilitätsstörung an der rechten Hand.

Vortragender nimmt auf Grund einiger ähnlicher von ihm beobachteter Fälle an, dass es sich um Encephalitis acuta et purulenta handelt.

2. Demonstrirt Herr Henneberg 2 Rückenmarke, welche ziemlich bedeutende subdurale Blutungen in der Gegend des Lendenmarks zeigen; intra vitam war die Lumbalpunction gemacht worden.

3. Hierauf stellt Herr Remak ein zweijähriges Kind vor, welches aus tuberculöser Familie stammt, vor ca. 2 Monaten eine Wirbelsäulenverkrümmung erkennen liess und seit einigen Wochen nicht mehr laufen konnte. Objektiv Kyphose der oberen Brustwirbelsäule. Spastische Paraparese der unteren Extremitäten.

Kniephänomen und Achillessehnenphänomen lebhaft. Ferner 1) beim Bestreichen der Fusssohle Streckung der Grosszehe (Babinski'scher Streckreflex), nachher Extension im Fussgelenk und Flexion des Oberschenkels, 2) beim Bestreichen der vorderen, proximalen Oberschenkelgegend stets Plantarflexion der drei ersten Zehen, meist Flexion des Oberschenkels und gelegentlich Extension im Kniegelenk (Remak'scher Femoralreflex).

4. Herr Placzek: Experimentelle Syringomyelie. Unter diesem Titel demonstrirt Vortragender Hunde, denen er mit Hilfe des Galvanokouters das Rückenmark verletzt hat. Es wurden natürlich je nach den verletzten Stellen verschiedenartige Bewegungsstörungen beobachtet, insbesondere zeigten sich mehrfach ausfahrende, ungeschickte, kurz ataktische Bewegungen. Die Prüfung der Sensibilität ergab nur ziemlich unsichere Resultate.

5. Herr Rothmann: Das Monakow'sche Bündel. Vortragender demonstrirt Präparate von einem Hunde, welchem im wesentlichen die rechte Hälfte der Med. oblongata in der Höhe des VII. Kerns durchschnitten war, welcher nach der Operation links spastische Parese und Hypaesthesie der Extremitäten gezeigt hatte und nach seinem einige Wochen später bewirkten Tode nach Marchi untersucht wurde. Es fand sich im Wesentlichen im Rückenmark 1) Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahn l. (entsprechend der r. Py. in der Med. obl.), 2) Degeneration einer Bahn, welche ein Querschnittsfeld auf der anderen Seite (r.) im Seitenstrang hat, medial von dem hinteren Theil der Kleinhirnseitenstrangbahn, ventro-lateral von der Pyramidenseitenstrangbahn; dieses also ungekreuzt verlaufende Bündel liess sich von der Med. obl. bis in das Lendenmark verfolgen; es entspricht einer von v. Monakow zuerst beschriebenen Bahn, weshalb Vortragender es als Monakow'sches Bündel bezeichnet. Es entspringt nach den Untersuchungen anderer aus dem gekreuzten rothen Haubenkern, dem entsprechend fand Vortragender hier auch thatsächlich bei Untersuchung nach Nissl regressive Zellveränderungen und nimmt daher in Uebereinstimmung mit den Voruntersuchern an, dass das Monakow'sche Bündel thatsächlich aus dem gekreuzten rothen Haubenkern entspringt und dass es eine 2. motorische Bahn darstellt.

Die Diskussion über diesen Vortrag erfolgte in der Sitzung vom 8. Januar 1900. In dieser Sitzung wird zunächst der Vorstand und die Aufnahme-Commission wieder gewählt und die Feier des Stiftungfestes durch ein Diner am 12. Februar 1900 beschlossen.

In der Diskussion über den Vortrag Rothmann fragt Herr Jacobsohn an, ob sich retrograde Degenerationen im Centralorgan gefunden hätten und wendet sich ferner gegen die Bezeichnung der Bahnen nach Personen-Namen, hält vielmehr ihre Benennung nach dem Verlauf für zweckmässiger. Herr Rothmann hält die von ihm vorgeschlagene Bezeichnung vor allem im Interesse der Kürze für besser, giebt an, es hätte sich retrograde Degeneration nicht nachweisen lassen und fügt hinzu, dass sich bei electrischer Reizung der Rinde trotz Degeneration der Py.-Bahn kein wesentlicher Unterschied in den Zuckungen ergeben habe. Vor der Tagesordnung hatte übrigens Herr Liepmann das Gehirn eines Idioten demonstrirt, welcher beiderseits spastische Extremitätenparese, l. > r., gezeigt hatte. In der rechten Hemisphäre fand sich eine Kinderfaust grosse Höhle, welche Pia-Bekleidung hatte, mit klarer Flüssigkeit ausgefüllt war und mit dem Seitenventrikel communicirte. Das Scheitelläppchen fehlte, die Windungen verliefen radiär auf den Defect zu. Thal. opt. r. klein, Balken fehlt in der Mitte zu 2/3. Hinterhauptslappen zeigt r. Mikrogyrie, l. Affenspalte.

Schliesslich spricht Herr Treitel als Gast über Hörstummheit; er giebt zunächst einen Ueberblick über die diesbezgl. Litteratur und zieht dann einen Vergleich zu den Sprachstörungen der Idioten, wobei er die aussordentlichen Aehnlichkeiten betont (anscheinend wenig Anlass und Material zum Sprechen, Mangel und Unbeständigkeit der Aufmerksamkeit, Echolalie etc.), endlich hebt er besonders die häufige Entwickelung von Stammeln und Hörstummheit hervor. Er kommt schliesslich zu dem Resultat, dass in Fällen von sogenannter Hörstummheit fast stets eine Art Imbecillität vorhanden sei.

Herr Kalischer äussert sich im wesentlichen in dem Sinne, dass die Hörstummheit überhaupt nicht anzuerkennen sei, dass vielmehr die Betreffenden imbecill seien.

Herr Schuster fragt an, wie die Kinder schreiben lernen, und Herr Liepmann hebt zunächst hervor, dass das vom Vortragenden erwähnte „Bezold'sche Kind" mit subcorticaler Aphasie ursprünglich als „sensorische Aphasie" bezeichnet und erst von ihm als „subcorticale Aphasie" aufgefasst sei; ferner dass man diejenigen, welchen die Empfindung für gewisse Obertöne fehlt, von den wirklich Hörstummen unterscheiden müsse.

Herr Jolly hebt gegenüber Herrn Kalischer hervor, dass die betr. Patienten selbstverständlich nicht vollsinnig seien, das habe aber der Vortragende ja doch auch schon gesagt; auffallend sei eben gerade das gute Befolgen von allerlei Aufforderungen und der trotzdem bestehende absolute Mangel des Nachsprechens etc. Es handele sich da eben offenbar bei manchen anscheinend um einen Defect der motorischen Bahnen, wofür die Entwickelung von Stammeln spreche, bei manchen gewissermassen um Mangel an Entschluss. In seinem Schlusswort entgegnet Herr Treitel, dass er selbstverständlich die von Herrn Liepmann verlangte Scheidung von vorne herein gemacht habe und dass Herr Kalischer ihm gegenüber eben das behauptet habe, was von ihm selber auch schon gesagt worden sei. Kaplan-Herzberge.

— In den „Annales d' hygiène et de médecine coloniales" erzählt ein Marinearzt, Dr. Lasnet, von einer unter den Sakalaven herrschenden, ansteckenden Nervenkrankheit, welche an die dämonische Tanzwuth des Mittelalters erinnert. Sie soll jetzt am meisten unter diesem Volksstamme der Insel Madagaskar verbreitet sein, kommt aber auch bei den Hovas vor, heute jedoch weniger häufig als früher. Bei den Sakalaven heissen die Kranken „Velonandrano", d. h. im Wasser lebend, weil viele derselben tagelang in Sümpfen stehen, wohin die Seelen Verstorbener sie gezerrt haben sollen. Die Hovas nennen sie „Menabe", nach einem rothen Baumwollzeug, in das sie sich einhüllen, oder auch „Ramanenjana", d. i. die nicht ruhig bleiben können. Die Tänze scheinen ganz den Charakter der epidemischen Tanzsucht des Mittelalters zu haben. Ganze Dörfer werden davon ergriffen und geben sich unter wilden Zuckungen den seltsamsten Sprüngen hin, bis der Schaum den Leuten aus dem Munde quillt und sie erschöpft hinfallen. Auch die gefährlichsten Kletterkünste sollen sie ausführen und allen Heilversuchen widerstehen. Sie gelten für geheiligt, und wer sie zurechtweisen oder aufhalten will, wird nach dem Volksglauben die Beute böser Geister, welche einen Eingriff in ihr Gebiet nicht dulden. (Hamburg. Nachrichten.)

— In der Landerer'schen Privatirrenanstalt zu Göppingen ist vor einigen Wochen der Typhus ausgebrochen und hat die Epidemie eine beträchtliche Ausdehnung angenommen. In voriger Woche lagen ca 25 Pflegepersonen und ca. 70 Pfleglinge darnieder. Die Anstalt hat eine eigene Wasserleitung, von der man annimmt, dass sie inficirt worden ist. Es sind vom Medizinalkollegium Massregeln zur Bekämpfung der Epidemie und Auffindung ihres Herds verfügt worden. Auf dem Anstaltsgebiet liegt die Quelle des Göppinger Sauerbrunnens, dessen Genuss jetzt natürlich gemieden wird. Die Stadt Göppingen war und ist noch typhusfrei.

Bei dieser Gelegenheit sei auch an die in No. 45 referirte Arbeit von Audemard erinnert; wenn seine Erfahrungen über die „typho-psychoses" anderwärts bestätigen werden sollten, so müsste man sich eigentlich wundern, dass in den Irrenanstalten nicht noch öfter als es der Fall, Typhus auftritt.

— In München ist am 9. ds. Mts. die notarielle Verbriefung der für die neue oberbayrische Kreis-Irrenanstalt in Eglfing, Station Haar, erworbenen Anwesen bezw. Grundstücke, im Ganzen ca. 800 Tagewerk, erfolgt.

Bücherschau.

Dementia paralytica in Nederlandsch Oost-Indië; door P. C. J. van Brero. (Psychiatr. en neurol. Bladen 4.blz. 344. 1899.)

Von 120 Eingeborenen, die in den Jahren 1892 bis mit 1896 in der Irrenanstalt zu Buitenzorg behandelt wurden, litten nur 3 an Dementia paralytica, von 27 Mischlingen 5 und von 50 Europäern 9, von 19 Chinesen keiner. v. B. selbst beobachtete Dem. paralytica in 25 Fällen, von denen 13 Europäer, 8 Mischlinge und 4 Eingeborene betrafen. Die Krankheitserscheinungen sind nach v. B.'s Erfahrungen bei den drei Rassen gleich, nur traten bei den Mischlingen und Europäern die Grössenwahnideen nicht so in den Vordergrund wie bei den Eingeborenen. Im Acmestagium war bei den Mischlingen die apathische Form am häufigsten, bei den Eingeborenen, wie es scheint, die klassische, doch ist dabei zu berücksichtigen, dass wahrscheinlich Kranke mit der apathischen Form gewöhnlich nicht in die Anstalt kommen, sondern zu Hause verpflegt werden. Der Verlauf scheint bei den Eingeborenen etwas langsamer zu sein, bei den Europäern tritt der Tod ziemlich zeitig ein, bei den Mischlingen noch zeitiger. Der anatomisehe Befund bot keine Verschiedenheiten dar.

Wo genügende anamnestische Angaben zu erlangen waren, hat v. B. stets in den Antecedentien Syphilis gefunden, nicht selten waren objektiv wahrnehmbare Symptome von Syphilis vorhanden. Der Umstand, dass bei uncultivirten Völkern Dementia paralytica selten, Syphilis dagegen sehr verbreitet ist, lässt es nach v. B. als wahrscheinlich erscheinen, dass Syphilis allein in den meisten Fällen nicht hinreicht, Dementia paralytica entstehen zu lassen, sondern dass es einige Nebenursachen giebt, — wie v. B. annimmt, vor allem Alkoholismus, chronische Gemüthsbewegungen (Kulturleben) und Erblichkeit — die einen nicht zu verkennenden belangreichen Einfluss ausüben.

Walter Berger.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaktion wird gebeten).

— Der Geheime Medizinalrath Professor Dr. Ludwig Meyer in Göttingen, Direktor der Provinzialirrenanstalt und der Psychiatrischen Klinik daselbst, ist am 9. d. Mts. im 73. Lebensjahre gestorben.

— Dr. Adelt, 4. Arzt der P.-I.-A. zu Bunzlau zum 3. an der P.-I.-A. zu Plagwitz (Schl.) befördert, Dr. Zuber aus Leobschütz als 4. Arzt der P.-I.-A. in Kreuzburg, Tschirschnitz aus Zernitz als Vol.-Arzt der P.-I.-A. in Leubus angestellt.

Zwecks Berichterstattung steht den Lesern der Wochenschrift zur Verfügung: The Journal of Mental Science, January, 1900.

Für den redaktionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien.)

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 48. 24. Februar **1900.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Krankenverdienst in der Irrenanstalt.

Vom ordinierenden Arzt Dr. *Josef Berze* (Kierling-Gugging).

Die Nummer 40 dieser Wochenschrift bringt in dem Artikel „Die Jahrhundertswende in der Psychiatrie" neben dem Hinweise auf eine Reihe wünschenswerther Neuerungen auf dem Gebiete des Irrenwesens die Erwähnung eines höchst bemerkenswerthen Uebelstandes in manchen Irrenanstalten. Der Verfasser sagt nämlich, dass sich der Geisteskranke, der sich als Pflegling einer Irrenanstalt zu Arbeiten verwenden lässt, mit dem Troste zufrieden geben muss, dass es für seine Gesundheit geschieht, wenn er sich beschäftigt, dass man ihm aber den beruhigenden Gedanken, selbst in seiner Krankheit und fern von der Familie für diese, soweit es in seinen Kräften steht, zu sorgen, nicht schafft. Ein Vergleich der Lebensweise der Gefangenen, denen man seinen überschüssigen Arbeitsverdienst bei der Entlassung herauszahle, mit derjenigen der Geisteskranken zeige, wie verhältnissmässig stiefmütterlich diese versorgt werden. Eine Notiz in der Nr. 41*) führt ferner aus, wie aus dieser Bevorzugung der Gefangenen gegenüber den Geisteskranken eine Auffassung von der socialen Lage dieser Bedauernswerthen spreche, die unserer an Wohlfahrtsbestrebungen so reichen Zeit durchaus unwürdig sei.

Wir in Niederösterreich scheinen nun in diesem Punkte der für uns sonst in vieler Beziehung vorbildlichen Entwickelung des reichsdeutschen Irrenwesens um einen Schritt voran zu sein; schon aus diesem Grunde möchte ich an dieser Stelle das bei uns bisher gebräuchliche System der Gewährung von Arbeitsverdienst für die Pfleglinge kurz auseinandersetzen. Ein noch wichtigeres Motiv dazu ist für mich aber die Erkenntniss, dass die in Rede stehende Frage eine von denjenigen ist, die nur durch regen Austausch der Meinungen derjenigen, die entsprechende Erfahrungen zu sammeln Gelegenheit haben, ihre richtige Erledigung finden können. So plausibel nämlich der Wunsch jedem Einsichtigen sofort erscheinen muss, so gewiss sind Meinungsdifferenzen zu erwarten, wenn es sich um das System der Erfüllung des Bedürfnisses handelt. Das Für und Wider zu erwägen und das Beste zu erwählen, wäre aber bei der hohen socialen Wichtigkeit der Frage von einer ganz besonderen Bedeutung. Möge es mir gelingen, zur Anregung der Discussion beizutragen!

Der § 18 des Statutes für die niederösterreichische Landes-Irrenanstalt in Wien, welches auch für die später entstandenen niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten Geltung fand, lautet:

> Eine den verschiedenartigen Krankheitszuständen und übrigen Verhältnissen der Kranken angemessene Beschäftigung soll der Gegenstand einer beständigen Sorgfalt der Anstaltsärzte bilden. Ueber die vor-

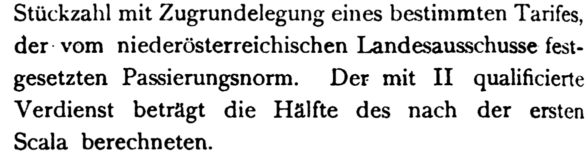
*) Diese Notiz bezieht sich auf den Artikel von Oláh: „Baulich-psychotherapeutische Grundprincipien bei Errichtung einer modernen Irrenanstalt", in welchem gleichfalls auf die Verpflichtung, den Pfleglingen Arbeitsverdienst zu verschaffen, hingewiesen wird.



übergehnd und andauernd beschäftigten Kranken ist ein genauer Ausweis über die Art und Dauer der Beschäftigung und Verwendbarkeit der Kranken zu führen. Für die hierbei geleisteten Arbeiten erhalten die Kranken nach einem vom Landesausschusse festgesetzten Tarife und nach Ermessen des Direktors eine Entlohnung. Aus derselben können die Bedürfnisse bestritten werden, welche aus dem eigenen Vermögen der Kranken oder aus den Anstaltsmitteln nicht bedeckt werden können. Diese Verdienstgelder sind Eigenthum der betreffenden Kranken und werden für jeden einzelnen abgesondert verrechnet. Ueberschüsse werden nutzbringend angelegt. Beim Austritt der Kranken wird der denselben gebührende Restbetrag entweder ihnen selbst oder der Curatelsbehörde und im Falle ihres Ablebens der Abhandlungsinstanz übergeben. Nur im Falle des Absterbens eines unentgeltlich oder gegen eine Theilgebühr Verpflegten wird der verbliebene Verdienstbetrag für die Anstalt in Empfang genommen. Dasselbe tritt bei den gegen Theilzahlung Verpflegten in soweit ein, als die Verpflegskosten ihre sonstige Bedeckung nicht haben.

Dieses Statut ist seit 1. Januar 1869, also seit mehr als 30 Jahren, in Wirksamkeit.

Das in der Irrenanstalt zu Kierling-Gugging gebräuchliche Verfahren, von welchem die übrigen niederösterreichischen Landes-Irrenstalten nicht wesentlich abweichen, ist nun folgendes: Der Oberpfleger führt Arbeits-Tabellen, aus welchen erstens Tag für Tag die Namen der beschäftigten Kranken zu ersehen sind, zweitens am Schlusse des Monats die Zahl der Arbeitstage berechnet werden. Täglich bestätigt der Abtheilungsarzt nach genauer Einsichtnahme die richtige und genaue Führung der Tabellen. Ausserdem führen die zur Aufsicht in den Werkstätten bestimmten Pfleger Tabellen, aus welchen die Stückzahl der von jedem einzelnen Pflegling geleisteten Arbeit ersichtlich ist, so namentlich in der Schneiderei, Schusterei, Nähstube. Am Schlusse des Monats werden nach Summierung der Arbeitstage, resp. der Stückzahl, die jedem Pflegling zuzurechnen ist, sämmtliche Tabellen dem Direktor zur „Qualification“ vorgelegt. Der Direktor qualificiert mit I, II und III und spricht dadurch dem betreffenden Pflegling den ganzen, den halben oder keinen Verdienst zu. Der mit I qualificierte Verdienst wird bei der Rechnung nach Arbeitstagen mit 20 h*) berechnet, bei der Rechnung nach der


Stückzahl mit Zugrundelegung eines bestimmten Tarifes, der vom niederösterreichischen Landesausschusse festgesetzten Passierungsnorm. Der mit II qualificierte Verdienst beträgt die Hälfte des nach der ersten Scala berechneten.

Nachdem sodann auf Grund der Qualification von dem dazu bestimmten Rechnungsbeamten die einzelnen Beträge festgestellt worden sind, regelt der Direktor das „Anweisen des Krankenverdienstes“, d. h. er bestimmt, welcher Betrag dem Pflegling zur Verfügung gestellt werden soll; dieser Betrag wird dem Tractwärter der betreffenden Abtheilung übergeben, welcher nun über die Verwendung des Betrages durch genaue Aufzeichnung jeder, auch der kleinsten verausgabten Summe Rechenschaft giebt. Hierzu werden die sogenannten „Verrechnungszettel“ verwendet. Der dem Pfleglinge nicht angewiesene Restbetrag wird für ihn in der Anstaltskasse deponiert und als sein Besitz gerade so verbucht, wie alle anderen für ihn eingehenden Beträge.

Zur Orientierung über die Grösse der so verbrauchten Beträge sei hier angeführt, dass im Jahre 1899 der in der hiesigen Anstalt verrechnete Krankenverdienstbetrag 6127,94 Kronen betrug, wovon den betreffenden Kranken 3706,22 Kronen ausbezahlt und 2072,92 Kronen deponiert wurden. Ausserdem wurden für 3488 Arbeitstage in der Kolonie Haschhof (à 10 h) 348,80 Kronen in die neugegründete Krankenverdienstkasse deponiert. (Hierauf komme ich später zurück.)

Fragt man nun nach der Zweckmässigkeit eines derartigen Vorganges, so lässt sich viel dafür, viel dagegen sagen. Das Bewusstsein, über eine gewisse Summe Geldes selbstständig verfügen zu können, ruft beim Kranken im allgemeinen ein erhebendes Gefühl hervor, erweckt sein Selbstvertrauen, macht ihn zufriedener. Einen unbestrittenen ethischen Werth hat es, wenn ihm die Möglichkeit geboten wird, mit dem in der Anstalt verdienten Gelde seine Familie zu unterstützen und dabei seine eigene Entschliessung möglichst zur Geltung zu bringen. Andererseits glauben aber manche Pfleglinge daraus, dass sie Geld verdienen, ableiten zu dürfen, dass sie als Lohnarbeiter einen ihrer Leistung aequivalenten Betrag als Lohn zu fordern haben, indem sie ihre Lage nicht berücksichtigen; sie kritisieren den ihnen gebotenen geringen Betrag, sind unzufrieden. Den meisten Anspruch erheben solche Pfleglinge, die — wie die meisten Imbecillen und Alkoholiker — den in der Anstalt verdienten Betrag in der unzweckmässigsten Weise verwerthen und bis auf den letzten Kreuzer ausgeben, so dass vom Verdienst nichts mehr übrig ist und man sich gezwungen sieht, für ihre Unterstützung noch die

*) Besonders gut verwendbare Oekonomie-Arbeiter werden auch mit höheren Taggeldern belohnt. Auch beziehen drei als Hilfsarbeiter in den Kanzleien verwendete Pfleglinge ein Diurnum von je 60 h.

spärlichen Stiftungsgelder zu verbrauchen, wenn einmal der Versuch gemacht werden soll, sie zu entlassen. — Die Schattenseiten schienen mir so zu überwiegen, dass ich es seinerzeit für empfehlenswerth bezeichnet habe, den Usus der Geldanweisung möglichst einzuschränken und nur bei einzelnen, als besonders geeignet erkannten Kranken beizubehalten. Damals hatte ich aber einen Umstand nicht in Rechnung gezogen, dessen Bedeutung nicht verkannt werden darf: unsere Anstalt hatte damals eine sehr geringe Krankenbewegung. Als dann durch die Aenderung der Aufnahmeordnung für die niederösterreichischen Landesirrenanstalten eine regere Bewegung eintrat, die Zahl der acuten, heilbaren Psychosen und demnach die Zahl der Geheilt-Entlassungen wuchs, wurde der Segen eines entsprechend geregelten Krankenverdienstwesens immer sichtbarer. Gleichzeitig wurde aber auch klar, dass das System der Einzelentlohnung nicht das zweckmässigste ist, und verschaffte sich die Ueberzeugung immer mehr Geltung, dass nur eine wohldotierte, allen beschäftigten Pfleglingen gemeinsame Krankenverdienstkasse die richtige Handhabe zu einer wirksamen Unterstützung der Familien und zu einer, thatsächlichen Erfolg versprechenden Aushilfe für die zu Entlassenden bietet.

Herr Direktor Krayatsch (Kierling-Gugging), der sich schon seit vielen Jahren mit dieser Frage besonders eingehend beschäftigt hat, beabsichtigt daher auch, für die grosse Irrenanstalt in Mauer-Oehling, welche im nächsten Jahre eröffnet werden soll, das System der Krankenverdienstkasse in Vorschlag zu bringen. Auch in der Irrenanstalt in Kierling-Gugging soll das System allmählich Eingang finden, und wurde bereits ein als Vergütung für in der Kolonie Haschhof geleistete Pfleglings-Arbeiten geltender Betrag von 348,8 Kronen für die Krankenverdienstkasse bestimmt und somit deren Fondation begonnen.

Schon im Jahre 1891 hat sich von 20 Irrenanstalten Oesterreich-Ungarns und des deutschen Reiches, welche um ihre Stellungnahme zur Frage des Krankenverdienstes befragt wurden, die Mehrzahl gegen die direkte Geldentlohnung ausgesprochen und sich dahin geäussert, dass es vorzuziehen sei, die Kranken mit Kostzubussen und Verabreichung von Genussmitteln zu belohnen, die Verdienstgelder aber in einer gemeinsamen Unterstützungskasse zu sammeln, aus welcher Beträge zur Unterstützung der Familien der Pfleglinge oder des Pfleglings selbst bei der Entlassung zu entnehmen wären; auch die Anschaffung von bessern Kleidern, die Gewährung eines Taschengeldes, die Bestreitung der Auslagen bei Ausflügen, die Beschaffung von Weihnachtsgeschenken könne aus der gemeinsamen Kasse fallweise erfolgen, insofern diese Ausgaben nicht durch eigens dafür bestimmte Beträge gedeckt wären. Für diese Art spreche auch die bedeutend einfachere Verrechnung gegenüber der sehr complicierten bei der direkten Entlohnung. Unter verschiedenen Namen bestand die Einrichtung einer gemeinsamen Kasse schon damals u. a. in Brünn (Verdienstgelder-Dotation), Niedernhart, Feldhof (Arbeitskasse), Prag, Dobran (Krankenverdienstgelderkasse), Zschadrass (Verpflegtenkasse), Alt-Scherbitz (Dispositionsfonds). Doch ist es nicht leicht, einen Ueberblick über die Bestimmung und Verwendung der so benamsten Gelder zu gewinnen, da sie in manchen Anstalten zu Zwecken herangezogen werden, für die in anderen Anstalten wieder eigene Beträge präliminiert erscheinen z. B. gemeinsame Ausflüge und sonstige Unterhaltungen, Weihnachtsbescheerungen. So finden wir auch im Präliminare 1899 für unsere Anstalt eingestellt für:

Tabak	2800
Weihnachtsgeschenke	450
Weihnachtsgebäck	400
Faschings- und sonstige Unterhaltungen	1200
Rauchrequisiten und Spielkarten	450
Summa:	5300 Kr.

Da ähnliche Auslagen anderwärts ganz oder wenigstens theilweise aus der Verdienstgelderkasse bestritten werden, wären wir berechtigt, zur obenerwähnten Summe der Verdienstgelder einen nennenswerthen Procentsatz dieses Betrages zu addieren, wenn es sich um einen Vergleich mit dem Stande der Verdienstgeldfrage in anderen Anstalten handelt. Jedenfalls geht daraus hervor, dass es schwer ist, hier commensurable Grössen zu finden, bevor nicht in einheitlicher Weise der Zweck dieser Fonds genauer umschrieben wird. Meines Erachtens wäre der einfachste und richtigste Weg der, wenn man allenthalben der Ansicht Raum geben würde, dass die Krankenverdienstkasse nur zwei Zwecken zu dienen hat: 1) der Unterstützung dürftiger Angehöriger von Pfleglingen während der Internierung der letzteren und 2) der Unterstützung der Pfleglinge selbst bei der Entlassung.

Das Princip der von Herrn Direktor Krayatsch in Aussicht genommenen „Krankenverdienstkasse" ist folgendes: Die Gesammtheit der bei der Oekonomie und bei sonstigen Arbeiten, welche keine genaue Sichtung der Einzelleistung jedes Pfleglings gestatten, — wie Wäscherei, Instandhaltung der Gärten und Abtheilungen, Beihülfe in der Küche und viele andere Beschäftigungsarten — verwendeten Pfleglinge, schafft einen Fonds, an den jeder einzelne Pflegling Anspruch hat, einen Anspruch aber, dessen Höhe nicht

durch die Zahl der Arbeitstage und durch die Leistungsfähigkeit allein bestimmt wird, sondern vielmehr mit dem Ausmaasse der Bedürfnisse steigt und fällt, deren Bestreitung aus dem Verdienste der einzelne Pflegling oder seine Angehörigen anzustreben berechtigt sind.

Die Berechnung der als Krankenverdienst einzustellenden Beträge geschieht einfach in der Weise, dass die Summe der Arbeitstage mit dem erfahrungsgemäss festzustellenden Normalbetrag für eine Tagschicht multipliziert wird; in Erwägung zu ziehen wäre auch die Einstellung eines Pauschales. Aus dem so erwachsenden Capitale sind die berechtigten Sonder-Bedürfnisse der einzelnen Pfleglinge zu decken, der Rest ist nutzbringend anzulegen.

Zunächst nicht in das System der Krankenverdienstkasse aufgenommen werden Pfleglinge, die in ihrer Profession arbeiten, dabei auf eine selbstständig geleistete, in ihrem Umfange und Werthe genauer bestimmbare Leistung hinweisen können, wie namentlich fertige Schneider und Schuster und solche Pfleglinge, die wegen ihrer besonders hervorragenden Leistungen eine exceptionelle Behandlung verdienen. Ihnen wird das Erträgniss der Arbeit individuell gutgeschrieben; doch wird die weitere Erfahrung lehren müssen, ob es sich nicht empfehlen wird, wenigstens einen gewissen Procentsatz auch ihres Verdienstes zur Krankenverdienstkasse zu schlagen.

Die Berechtigung einer solchen Einrichtung ist wohl nicht zu bestreiten. Bei der Gewährung von Krankenverdienst handelt es sich ja nicht darum, dem einzelnen Pflegling die Möglichkeit zu schaffen, grössere Summen zu erwerben, sondern hauptsächlich darum, Mittel aufzubringen, welche zur Unterstützung der oft so bedürftigen Angehörigen während der Internierung des Kranken und zur ausgiebigen Ausstattung des Pfleglings bei der Entlassung halbwegs ausreichen. Die Quellen, aus denen der den Anstaltsleitern zu diesen Zwecken verfügbare Säckel gefüllt wird, fliessen bekanntlich recht spärlich; man ist daher auf eine Art Selbsthülfe angewiesen, die durch die Krankenverdienstkasse in einer annehmbaren Weise aufgebracht wird. Während bei der Einzelentlohnung in der Hand des einen oder anderen bedürfnisslosen und niemandem verpflichteten Idioten im Laufe der vielen Jahre seines Aufenthaltes in der Irrenanstalt ein totes Kapital von beträchtlicher Höhe sich ansammelt, trägt er durch seinen in die Krankenverdienstkasse aufgenommenen Verdienstbetrag zur Unterstützung mancher bedrängteu Familie bei. Der Zweck des Krankenverdienstes wird demnach so erst erreicht.

Namentlich zwei Momente verdienen da besondere Berücksichtigung. Erstens sind es erfahrungsgemäss gerade die Angehörigen der nur vorübergehend der Irrenanstalt überantworteten Kranken, welche mit der Bitte um Unterstützung an die Anstalt herantreten. Sie denken eben nicht daran. auf das Erträgniss der Arbeit des krank gewordenen Ernährers zu verzichten, demgemäss ihre Lebensführung zu ändern, ihren Haushalt einzuschränken, sondern sie rechnen immer wieder auf die Genesung, suchen sich mit Müh' und Noth über die schwere Zeit der Erwerbslosigkeit hinwegzuhelfen, gerathen so, je länger die Krankheit dauert, in immer misslichere Lagen. Andererseits haben die Angehörigen von seit langer Zeit verpflegten Kranken längst jede Hoffnung aufgegeben, am genesenen Kranken wieder eine Stütze zu finden; sie haben es sich abgewöhnt, mit ihm zu rechnen, erwarten von ihm höchstens einen kleinen Zuschuss, wenn es leicht möglich ist, haben sich aber so zu stellen gesucht, dass sie auf denselben nicht so sehr angewiesen sind. Zweitens schwindet ja, je länger die Psychose dauert, um so mehr die Hoffnung auf Genesung; umgekehrt werden gerade diejenigen Kranken, welche geheilt entlassen werden, in der Regel nur wenig Gelegenheit gehabt haben, durch ihre Arbeit in der Anstalt einen nennenswerthen Betrag zu erwerben. Dort, wo die Noth am grössten ist, fehlt daher zumeist auch die Möglichkeit, mit dem Krankenverdienste auszuhelfen, wenn nicht durch eine gewissermaassen communistische Organisation ein Ausgleich zwischen dem Verdienste der nur vorübergehend und der dauernd in der Irrenanstalt beschäftigten Kranken bewirkt wird.

Auch ist gar nicht einzusehen, warum es dem Direktor nicht freistehen soll, in berücksichtigungswürdigen Fällen auch Angehörige solcher Pfleglinge aus der Krankenverdienstkasse zu unterstützen, deren psychischer Zustand eine Beschäftigung und demnach auch einen persönlichen Erwerb nicht zulässt. Gerade acute Psychosen, namentlich Erschöpfungszustände, schliessen ja oft Beschäftigung ganz aus.

Dass schliesslich die Verrechnung beim System der Krankenverdienstkasse eine weitaus einfachere ist, dass es namentlich die Inanspruchnahme einer ganzen Reihe von Functionären, welche bei einer genauen Handhabung der Einzelentlohnung Grundbedingung ist, entbehrlich macht, fällt gewiss auch gewichtig für dasselbe in die Wagschale.

Nicht zu vergessen ist freilich, dass eine derartige Organisation dem, der die Verantwortung für die Anweisung des Krankenverdienstes trägt, unverhältnissmässig mehr zu schaffen macht, als die einfache Zuschreibung ad personam. Er wird sich eine möglichst genaue Kenntniss der materiellen Lage des



Pfleglings und seiner Angehörigen verschaffen müssen, er wird seine ganze Menschenkenntniss zu Hilfe nehmen müssen, um wirklich Bedürftige von berufsmässigen Petenten zu unterscheiden, welch' letztere ja nur zu schnell diese neue Erwerbsquelle ausfindig machen werden, er wird sich bei der gewissenhaftesten und sorgfältigsten Verwaltung des ihm anvertrauten Gutes schwere Vorwürfe gefallen lassen müssen. Doch kann all' das nicht als Gegengrund gegen das System ziehen; die Irrenärzte würden ihn am allerwenigsten gelten lassen, sie sind ja so geartet, dass sie an einander alle Fähigkeiten und Tugenden voraussetzen und vor einem noch so grossen Zuwachs an Mühe und Verantwortung nicht zurückschrecken, wenn sie damit nur ein wenig mehr Nutzen zu bringen hoffen können.

Vielleicht erblüht uns eine Zeit, die die Frage des Arbeitsverdienstes der Geisteskranken in den Anstalten auf viel breiterer Basis und in viel ausgiebigerer Weise regeln wird. Heute dürfen wir dem Anstaltsbudget nicht plötzlich eine bedeutende Vermehrung zumuthen, die da immer die erste Voraussetzung bleibt, sondern müssen einerseits Mittel und Wege finden, mit den vorhandenen Mitteln hauszuhalten, andererseits aber durch wiederholte Besprechung der so wichtigen Angelegenheit in Zeitschriften dem Steuerzahler die Ueberzeugung von der Nothwendigkeit einer gründlichen Hilfe allmählich beizubringen suchen. Dann erst werden wir das erreicht haben, was Oláh mit Recht fordert, nämlich die Möglichkeit, „der Familie, der wir im Interesse unserer eigenen Sicherheit ihren Ernährer rauben, dafür eine Recompensation zu bieten."

Man wird etwa darauf hinweisen, dass es ja Stiftungen giebt, die zur Unterstützung der Pfleglinge bei der Entlassung und dergl. dienen. Doch wie gering ist diese Aushilfe — namentlich in jungen Anstalten! Man wird auch auf die Verpflichtung der Armenbehörden zur Versorgung der dürftigen Familien Geisteskranker und zur Unterstützung erwiesen armer geheilter Geisteskranker bei der Entlassung verweisen. Thatsächlich leistet die Gesellschaft in dieser Weise ja viel. Nie wird man aber bei einer mit der Irrenanstalt nicht innig verwachsenen Behörde jene Einsicht in die individuellen Bedürfnisse voraussetzen können, die zur richtigen Verwendung der verfügbaren Fonds in unserem Falle nöthig ist; eine schablonenmässige Behandlung ist da die Consequenz und damit Verschwendung auf der einen, unzureichende Hilfe auf der anderen Seite. Und der ethische Werth schliesslich, der einem gut geregelten System des Krankenverdienstes innewohnt, ist durch keine andere Art der Unterstützung erreichbar. —

Die Frage des Krankenverdienstes ist, wie schliesslich bemerkt sei, nicht nur eine Frage der Gerechtigkeit, sondern sie hat eine Bedeutung, die in vielfacher Beziehung in das Irrenwesen eingreift. Um wie viel leichter würden sich die Angehörigen beispielsweise entschliessen, den bereits kranken Ernährer der entsprechenden Pflege in der Irrenanstalt zuzuführen, wenn sie nicht die Aussicht auf schwere Nahrungssorgen zurückschrecken machen würde, bis die dura necessitas den Schritt erzwingt! Um wie viel bereitwilliger würden sie ihm nach der Genesung Zeit lassen zur genügenden Kräftigung, wenn ihnen sein Arbeitverdienst ein wenn auch noch so kärgliches Auskommen schaffen würde! Heute muss er vorzeitig wieder hinaus ins feindliche Leben, oft zurück in dieselben Verhältnisse, die ihn krank gemacht haben.

Ausserordentlich wichtig ist die Angelegenheit des Krankenverdienstes auch für die mit dem Irrenwesen innig verknüpfte Trinkerfrage. Solange der Trinker nicht gezwungen werden kann, Trinkerheilanstalten aufzusuchen und in denselben genügend lang zu bleiben, wird er immer wieder den Einwand bereit haben, die lange Erwerbslosigkeit hindere ihn daran, die Cur zu unternehmen, weil er ja doch für Weib und Kind zu sorgen habe. Und die Angehörigen mögen noch so sehr überzeugt sein, dass der Trinker mehr durchbringt, als er verdient, dass er geradezu die Ursache des Ruins ist; vor die Alternative gestellt sich fort zu quälen wie bisher oder einen energischen Entschluss zu fassen, geben sie doch immer leichter trügerischen Hoffnungsgedanken Raum als dem sicheren Verzichte auf einen halbjährigen oder noch länger dauernden Erwerb des Trinkers. Trotz den besten sonstigen Intentionen wird demnach auch eine günstige Lösung der Trinkerfrage zu einem grossen Theile von einer entsprechenden Lösung der Verdienstfrage abhängig sein.

Wie die Krankenverdienstfrage schliesslich bei der familiären Irrenpflege am besten zu ordnen wäre, wird die Praxis erst lehren müssen. Uns in Niederösterreich stehen diesbezüglich noch recht geringe Erfahrungen zu Gebote; doch ist der Erwähnung werth, dass Bogdan (Langenlois) eine Anzahl geeigneter Pfleglinge ausserhalb der Anstalt beschäftigt und auch bereits den Versuch gemacht hat, einige Pfleglinge in die Familienpflege zu übergeben. So wurden in der Zeit vom 1. Juli 1898 bis 30. Juni 1899 21 Pfleglinge der Langenloiser Anstalt theils dauernd, theils zeitweise entweder im Tagelohne oder in gänzlicher Familienpflege beschäftigt. Diese Kranken verdienten sich — nach Abzug eines geringen Betrages für die Abnutzung der Kleider — je nach der Leistungsfähigkeit 40 h bis

1 K. täglich; diese Beträge standen ihnen zum eigenen Gebrauche und zur Unterstützung ihrer Angehörigen zur Verfügung. Ein Epileptiker konnte sich beispielsweise in einem Jahre 245 K. 20 h. verdienen. — In gleicher Weise verfuhr schon vor vielen Jahren u. a. Nagy in Hall (Tirol). Auch in der Anstalt zu Kierling-Gugging wurden in den Jahren 1885 und 1886 ähnliche Versuche gemacht. Klagen über Concurrrenz und Lohndruck wurden damals in der Umgebung bald laut, sodass man sich zu einer weiteren Ausdehnung dieser Versuche nicht ermuthigt fühlen konnte; zudem erfreute sich die Anstalt bald einer ausgedehnten Oekonomie, welche den Pfleglingen vollauf Arbeitsgelegenheit in der Anstalt selbst bot, sodass man von der Beschäftigung ausserhalb der Anstalt ganz abkam. Jedenfalls verdient aber auch diese Art, den Pfleglingen Gelegenheit zu einem Arbeitsverdienst zu schaffen, Berücksichtigung; am geeigneten Orte und unter geeigneten Umständen wird sie sich gewiss bewähren.

Mittheilungen.

— **Psychiatrischer Verein zu Berlin.** Sitzung vom 16. Decbr. 1899. Vorsitzender: Herr Moeli.

1. Herr Moeli stellt einen Kranken vor, der vor einer Reihe von Jahren durch Zusammenbrechen eines Gerüstes ein schweres Trauma erlitten und beim Erwachen aus längerer Bewusstlosigkeit den durch denselben Unfall erfolgten Tod seines Arbeitsgenossen erfahren hatte. Dies machte damals einen sehr starken Eindruck auf ihn, sodass er noch einige Male im Schlafe davon sprach. Erst nach langer Zeit vermochte er nach Heilung mehrerer Brüche wieder zu gehen. Später trat, und zwar deutlich im Zusammenhang mit Spirituosengenuss, ein Zustand von Bewusstseinsstörung auf, in welchem der Kranke nach dem Grabe des Verunglückten zu gehen wünschte, obgleich ihm Kirchhof und Grabstelle unbekannt waren. Man hat ihn mehrfach dahin begleiten müssen, um seine Erregung zu beseitigen. Er vermag sich, dort angelangt oder zurückgekehrt dieses Verlangens und des Weges nicht zu erinnern, noch weniger eine Erklärung zu geben. Ausser von seiner Wohnung aus ist er auch sonst einmal im bewusstlosen Zustande nach einem beliebigen Kirchhof gegangen, hat ein anderes Mal Geld zu einem Kranze für den Verunglückten gesammelt — jedesmal Amnesie. Ausserhalb dieser Anfälle ist ein besonderes Hervortreten des Gedankens an den Unfall des Freundes nicht wahrnehmbar. Patient hat auch nie Schritte gethan, um den Kirchhof und das Grab ausfindig zu machen.

Vortragender erläutert, dass die Vorstellungen in der Bewusstseinsstörung zwar immer aus denen des wachen Lebens sich zusammensetzen müssen, aber selten in so geschlossener Weise übertragen werden. Er bespricht das Verhältniss zu Epilepsie und Hysterie und erinnert an die Aehnlichkeit mit hypnotischen Zuständen. Wichtig erscheint ihm der nachweisbare Zusammenhang mit Alkoholgenuss und das Auftauchen einer in einem Zustande plötzlicher Schwächung des Nervensystems entstandenen Vorstellung während der abnormen Bewusstseinslage.

Discussion: Herr Oppenheim fragt, ob Pat. während eines Anfalles Erinnerung an die Vorgänge während der früheren habe.

Herr Jastrowitz denkt in erster Linie an Epilepsie. Der inhaltliche Zusammenhang mit dem gewöhnlichen Geistesleben komme auch bei Epilepsie und bei organischen Gehirnkrankheiten (Aphasie) vor. Vielleicht seien leichte Anfälle übersehen worden, und es sei auch möglich, dass Pat. richtige epileptische Anfälle noch bekomme.

Herr Moeli erwidert Herrn Oppenheim, dass ärztlicherseits eine Feststellung darüber, ob sich Patient während der anfallsweisen Geistesstörung des Vorstellungsinhaltes der früheren Anfälle erinnere, in der Anstalt nicht habe vorgenommen werden können. Gegen die Annahme eines solchen Zustandes (im Sinne eines sogenannten doppelten Bewusstseins) spricht der Umstand, dass Patient im Anfalle für die Einwendung der Frau: er sei ja früher schon umsonst auf den Kirchhof gegangen, sich stets vollständig ablehnend verhielt und meinte, sie verstände das nicht. Gegenüber Herrn Jastrowitz bemerkt er, dass er die Auffassung des Falles als eines von Epilepsie nicht ohne weiteres zugeben könne. Die gleichmässige Wiederholung erfolge immer auf dieselbe Einwirkung (mässiger Schnapsgenuss). Auch sei es nicht gerade häufig, dass bei epileptischen Dämmerzuständen sich nie etwas von Sinnestäuschung, Angst und nachfolgender Benommenheit zeige.

Solange deshalb nicht bestimmte Anzeichen für Epilepsie vorliegen, reiht er den Fall eher unter die Alcohol-Trance-Zustände.

2. Herr Kaplan und G. Meyer (Herzberge). Zwei Fälle von jugendlicher organischer Psychose auf der Grundlage von hereditärer Lues (mit Demonstrationen).

Die Vortragenden berichten zunächst über eine Kranke, welche im Beginn ihres 12. Jahres in die städtische Irrenanstalt Herzberge aufgenommen wurde und nach ca. 10 Monaten dort verstarb.

Der Vater inficirte sich specifisch vier Jahre vor der Geburt der Patientin; Mutter hatte zwei Aborte. Sieben Geschwister zeigten Erscheinungen von hereditärer Lues.

Pat. selbst war das zweitgeborne Kind, hatte kurz nach der Geburt specifische Erscheinungen (Fingernägel und Handfläche schilferten sich ab, Risse am After etc. Calomelkur).

Im zweiten bis dritten Lebensjahr Haarausfall; im sechsten bis siebenten Stinknase.

Bis zum sechsten Lebensjahr geistig gut entwickelt, seitdem zurückgegangen, so dass es aus der letzten

Klasse nicht herauskam; konnte aber noch bis zum 11. Jahr in der Wirthschaft helfen; seitdem enorm verschlechtert, fing an beim Sprechen zu stammeln und zu stocken; dann „Steifigkeit" der Glieder, Zittern der Arme; im Anschluss an ein anscheinend ganz leichtes Kopftrauma soll sich der Zustand noch verschlimmert haben.

Bei der Aufnahme im wesentlichen geistige Schwäche, meist vergnügtes Wesen. Pupillen sehr weit. Lichtreaction fehlt. Convergenzverengerung nicht sicher zu prüfen. Keine gröberen Lähmungserscheinungen des VII. oder der Extremitäten; leichte Beugecontractur des rechten Arms. Bei Bewegungsversuchen Tremor, besonders der rechten Hand, Kniephänomene beiderseits lebhaft, rechts > links. Gang steifbeinig, unsicher. Spricht wenig, singt aber: „Ich kleid' mich stets nach neuester Façon".

Im weiteren Verlauf Contracturen wechselnder Stärke in allen Extremitäten und fortschreitende geistige Schwäche trotz Schmierkur. Maskenartiges Gesicht; der Gesichtsausdruck bleibt nach dem Lachen oder Weinen oft noch längere Zeit stehen, andrerseits bricht das Lachen oder Weinen oft plötzlich ab, um wieder dem unbeweglich maskenartigen Ausdruck Platz zu machen.

Unter zunehmenden Contracturen etc. Exitus. In den letzten Tagen ante exitum Störungen im Gebiet des rechten Oculomotorius.

Makroscopischer Befund: Pia über den vorderen Partien des Grosshirns sehr dick; über der rechten Hemisphäre stellt sie eine tiefdunkelrote, sulzige Masse dar, die diffus in die Rinde übergeht, und zwar über Stirn und Parietallappen, während Hinterhaupt- und Schläfenlappen fast frei erscheinen.

An den entsprechenden Teilen der linken Hemisphäre nur ziemlich starke Verdickung und milchige Trübung, der mit der Rinde verwachsenen Pia, besonders dem Verlauf der grossen Gefässe entsprechend; keine speckigen Massen, speciell nicht an der Hirnbasis. Im rechten Hemisphärenmark eine gänseeigrosse Höhle mit rauher Wandung, in welcher zahlreiche Gefässe sichtbar sind; eine ähnliche kleinere Höhle im linken Schläfenlappen. Ventrikel weit, Ependym granulirt.

Mikroskopisch fand sich zunächst nirgends sicher gummöses Gewebe; nur fanden sich an einigen Stellen der Pia kernarme Stellen. Die Rinde der rechten Hemisphäre zeigt an den makroskopisch schon als verändert erkennbaren Stellen enorme Verdickung der Pia, kleinzellige Infiltration derselben, Blutungen. Die Rinde selbst lässt uns nur noch minimale Reste von Fasern und Zellen erkennen, hingegen ist fast das ganze Bild von Unmassen von meist sehr dickwandigen Gefässen und massenhaften Blutungen eingenommen, so dass die Rindenstructur fast völlig verschwunden ist; in der Rinde der linken Hemisphäre hingegen findet sich nur bedeutende Verdickung und kleinzellige Infiltration der Pia, sowie Infiltration der Rinde, Verwischung der Zellschichtung, Zahlverminderung und Formveränderung chronischen Charakters an den Ganglienzellen, Verdickung und etwas Vermehrung der Gefässe; nur im linken Schläfenlappen finden sich Bilder, welche auch in Bezug auf die Gefässe etc. denen der rechten Hemisphäre sehr ähnlich sind. Endlich sehr deutlichen Endarteriitis specifica, u. a. an der Basilaris, sowie an der Art. spinal. ant; im Rückenmark fand sich übrigens ausserdem Massenhaftigkeit und Verdickung der Gefässe, sowie Py- und Hinterstrangs-Degeneration.

Bemerkenswerth erscheint den Vortragenden 1. Die Gesammtheit der klinischen und anatomischen Erscheinungen, in letzterer Beziehung also besonders die Combination von Endarteriitis specifica, Encephalomeningitis und corticaler bezw. subcorticaler Gefässerkrankung. 2. Die Rindenerkrankung der rechten Hemisphäre an sich, insofern als sie etwas recht Seltenes zu sein scheint (ähnlich wohl nur bei Köppen. Arch. f. Psych. Bd. 26), als Encephalitis „angiomatosa". Betreffs der Gefässe möchten übrigens die Vortragenden nicht ohne Weiteres annehmen, dass es sich um Nenbildung handelt, da ja natürlich eine bedeutende Verdickung und Füllung der vorhandenen Gefässe selbst die kleinen in abnorm starker Weise hervortreten lassen müsste.

(Fortsetzung folgt.)

— **Aus dem französischen Parlament.** Die zur Revision des Irren-Gesetzes vom Jahre 1838 eingesetzte Commission hat auf den Antrag ihres Vorsitzenden Cruschu beschlossen, von dem neuen Entwurf den die verbrecherischen Irren betreffenden Abschnitt gänzlich zu trennen und ihn zum Gegenstand eines Specialgesetzes zu machen, das sobald als möglich auf die Tagesordnung der Kammer gebracht werden soll, und zwar beabsichtigt man die Entscheidung über die Internirung einer wegen Geistesstörung freigesprochenen Person von den bisher hierfür zuständigen administrativen Behörden auf den Gerichtshof zu übertragen.

Bezüglich des Dramas: „En Paix" von Brugerre (s. Nr. 45) ist noch zu bemerken, dass, wie der „Köln. Ztg." aus Paris geschrieben wird, die dortige Polizeipräfectur durch den Mund ihres Abtheilungsvorstands für die Irrenpflege gegen Brugerre's Darstellung Einspruch eingelegt hat, worauf Brugerre mit der Erinnerung an „wirkliche Einsperrungen" Gesunder geantwortet habe. Hinterher meldet sich ein bedenklicher Zeuge, die Tochter des Vorgängers jenes Abtheilungsvorstandes, die bekannte Madame Séverine. Ihr Vater, Namens Joseph Onésime Rémy stand 30 Jahre lang an der Spitze der Irrenpflege, litt 30 Jahre lang unter den Ungerechtigkeiten willkürlicher Einsperrungen, die ihm zugemuthet wurden, und hätte, obschon erst 50 Jahre alt, sein Amt aufgegeben, wenn er nicht Frau und Kind besessen. Eine Menge von angeblich Kranken wies er zurück, lehnte die Geschenke ab, die ihm von Anstaltsdirektoren angeboten wurden. Madame Séverine selbst erlebte, dass gesunde Menschen im Irrenhause wahnsinnig und diejenigen, die ihre Entlassung beanspruchten, als faselnde Narren vorgeführt wurden; viele auch bewahrte sie selbst vor der Einsperrung. Ihr Endurtheil stimmt mit der Ansicht Brugerres überein, dass das Stück „in pace" ein Kinderspiel sei im Vergleich zur Wirk-



lichkeit, im Vergleich zu dem, was sie jetzt noch über die Handhabung des Gesetzes von 1838 weiss.

Bei diesen posthumen Enthüllungen fehlt charakteristischer Weise die wichtigste (ob sie der Berichterstatter der „Köln. Ztg." übersehen, weiss man nicht), nämlich, ob Madame Séverine's Vater s. Zt. diese Missstände zur Anzeige gebracht und Remedur geschaffen hat; ist dies nicht der Fall gewesen, dann hat entweder die Tochter mit jenen Ausgrabungen das Andenken des Vaters nicht gerade sonderlich geehrt, oder sie beruhen auf Unwahrheit. Nach dem Fall des „Anstaltsdirektors" Mönchs Karrien (s. Nr. 45) zu urtheilen, muss allerdings manches in Frankreich möglich sein, aber auch in anderen Ländern, wo Winkelpsychiatrie in Stiften und Spitalen blüht!

— **Treptow a. Rega.** Der Bau der neuen Provinzial-Irrenanstalt ist soweit vorgeschritten, dass die Centralgebäude, 6 Krankenhäuser und der Wirthschaftshof am 15. Februar dem Betriebe übergeben werden konnten. An demselben Tage wurde die Provinzial-Irrenanstalt zu Rügenwalde geschlossen. Die Kranken dieser Anstalt, 76 Männer und 40 Frauen, wurden nach Treptow übergeführt. Die Rügenwalder Anstalt war 1841 in den früheren Amtsgebäuden des Schlosses zu Rügenwalde errichtet worden, zunächst für 60 Irre und Sieche. Durch einen Erweiterungsbau war seit 1858 die Anzahl der Plätze auf 124 gebracht worden. Die Einrichtung der Anstalt entsprach nicht mehr den heutigen Anforderungen. Da von einem zweckentsprechenden Um- und Ausbau nach den örtlichen Verhältnissen abgesehen werden musste, war die gänzliche Auflösung der Anstalt zu Rügenwalde bereits 1896 beschlossen worden.

— **München.** Durch die Verlegung der hiesigen oberbayer. Kreis-Irrenanstalt nach Eglfing (zwischen den von München nach Simbach und Rosenheim führenden Bahnlinien im Vorortsverkehr der Station Haar gelegen) wird auch die Errichtung einer eigenen psychiatrischen Klinik bedingt; magistratischerseits zieht man bereits den Neubau eines „psychiatrischen Stadtasyles" bei einem der dortigen Krankenhäuser in Erwägung; da solches zur staatlichen psychiatrischen Klinik in rege Beziehungen zu stehen kommt, beabsichtigt der Magistrat mit dem Staate ins Benehmen zu treten, ob dieser gesonnen ist, zu den jedenfalls sehr beträchtlichen Kosten einen Zuschuss zu geben. Hiervon dürfte es abhängen, ob dieses von maassgebenden Fachmännern als ein Bedürfniss erachtete Unternehmen zu Stande kommen wird. —

Nach Auswahl eines geeigneten Architekten wird die Aufstellung des Bauprojektes für die neue Kreis-Irrenanstalt sogleich in Angriff genommen werden. Der Bau soll im nächsten Jahre beginnen. e.

— Der Prov.-Ausschuss der Prov. Hannover hat am 12. d. M. beschlossen, den Prov.-Irrenanstalten zu Hildesheim, Göttingen und Osnabrück die Bezeichnung „Prov.-Heil- und Pflegeanstalt" beizulegen und jenen älteren Namen aufzuheben. — In derselben Sitzung beauftragte der Prov.-Ausschuss das Landesdirectorium, zu erwägen, ob nicht zwecks Entlastung der Prov.-Irrenanstalten und der Kreiskommunalverbände die mit der Korrections- und Landarmenanstalt Wunstorf verbundene Abtheilung für Irrenpfleglinge zu vergrössern sei.

[In Laehr's „Gedenktagen" steht unterm 7. März 1832 „Erlass des Ministers von Altenstein in Preussen, worin er dem Oberpräsidenten von Schön dringend ans Herz legt, die von den Preuss. Provinzialständen geplante Einrichtung von Prov.-Irrenanstalten in Verbindung mit den Landarmenanstalten in Tapiau und Graudenz durchaus zu verhindern, weil diese längst als verwerflich erkannte Verbindung mit den Ansprüchen der Humanität und der Wissenschaft in Widerspruch stehe." — (Was bei Tapiau nicht verhindert worden, wird wohl bei Wunstorf auch eintreten.)]

Bücherschau.

Die gesetzlichen und behördlichen Bestimmungen über die Aufnahme Geisteskranker in die öffentlichen Anstalten des Reichslandes. Von Dr. E. Hess, Oberarzt in Stephansfeld. Arch. f. öff. Gesundheitspflege in Elsass-Lothringen 1899, Heft 3.

Das Aufnahmeverfahren ist im Reichslande noch durch das französische Gesetz vom Jahre 1838 geregelt und seither nur durch Verfügungen modificirt worden. Für „placements volontaires" (Pensionäre) ist nur das Zeugniss eines praktischen Arztes erforderlich; jede behördliche Inanspruchnahme ist unnöthig. Die Aufnahme Normalkranker (placements, ordonnés par l'autorité publique) geschieht auf Anordnung des Bezirkspräsidenten, bei welchem sie unter Einsendung eines ärztlichen Zeugnisses vom Bürgermeister nachzusuchen ist. In Fällen dringender Gefahr kann jedoch der Bürgermeister selbst — eventuell auch ohne ärztliches Zeugniss — die sofortige Verbringung in eine Anstalt anordnen, hat nur davon in 24 Stunden den Präsidenten zu benachrichtigen.

Die „Gefahr" ist in praxi auch auf jene Kranken ausgedehnt, die sich selbst gefährlich sind. Desgleichen besteht die Möglichkeit, Kranke, die zu Hause nicht die nöthige Pflege erhalten, aus diesem Grunde der Anstaltsbehandlung zuzuführen. R

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaktion wird gebeten.)

— München. Als Volontärarzt in der psychiatrischen Abtheilung des Krankenhauses I./J. wurde Dr. Rudolf Grashey angestellt.

— Prov. Hannover. Dr. Snell, 2. Arzt an der Heil- und Pflegeanstalt zu Osnabrück in gleicher Eigenschaft an die gleiche Anstalt zu Hildesheim versetzt; Dr. Mönkemöller von der Berliner Irrenanstalt Herzberge in Dr. Snells Stelle in Osnabrück eingerückt.

Zur Besprechung eingegangen: L'Instinct sexuel. Evolution et Dissolution. Par Ch. Féré. Paris 1899. — American Journal of Insanity, January 1900.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,** Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

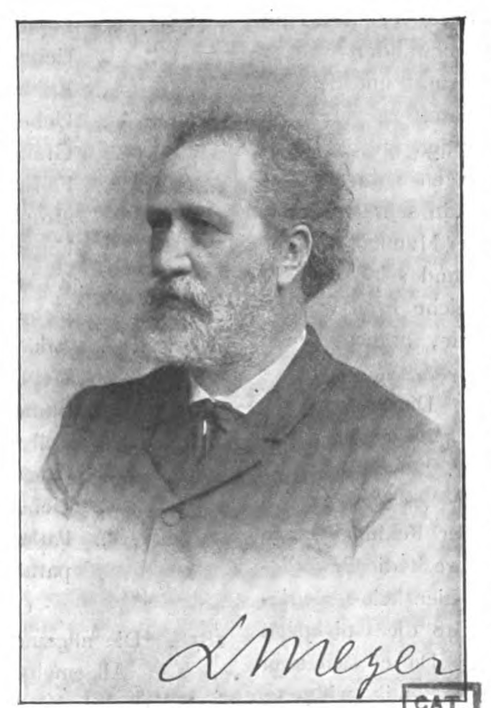
Nr. 49. 3. März **1900.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaitige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

L. Meyer †.

Am 8. Februar d. J. verschied der Direktor der Provinzial-Irrenanstalt und psychiatrischen Klinik zu Göttingen Geh. Medizinalrath Professor Dr. Ludwig Meyer.

Mit ihm ist wieder eine jener glänzenden Erscheinungen dahingegangen, die, von der Natur überreich mit allen Gaben ausgestattet, berufen sind, bahnbrechend auf ihrem Gebiete zu wirken. Mit Meyer hat nicht nur die gesammte Medizin, speciell die Psychiatrie, eine anerkannte Berühmtheit verloren, sondern es trauern um ihn auch hunderte, denen er im Leben jederzeit ein treuer Freund, Rathgeber und Helfer war. Und jeder, der ihm im Leben einmal näher getreten ist, musste anerkennen, wie sehr sich Meyer durch reiches Wissen, warme Empfindung und Liebenswürdigkeit des Wesens auszeichnete. Schon die äussere Erscheinung war imponierend und sympathisch. Eine hohe kraftvolle Gestalt, ausdrucksvolle, Energie und Wohlwollen zugleich verrathende Züge wirkten allein schon bestechend, und nahmen Gesunde sowohl wie Kranke unwillkürlich für diesen Mann ein. Und in vollendetem Einklang mit dem Aeusseren stand auch das Wesen Meyers, dessen Grundzug ein weitgehendes Wohlwollen gegen Jedermann war.



Wir alle, die wir das Glück hatten, unter ihm zu arbeiten, hatten täglich Gelegenheit, diese Vorzüge zu bewundern, und auch die Kranken hingen an ihrem Arzte mit seltener Liebe und Hingebung. Das beste Zeugniss dafür lieferte der aufrichtige Schmerz, die allgemeine tiefe Trauer und Theilnahme, welche sich überall geltend machten, als die Kunde von dem Dahinscheiden Meyers sich verbreitete. Und namentlich auch die Geisteskranken nicht allein der Göttinger Irrenanstalt, sondern auch im ganzen Reiche haben an ihm einen Wohlthäter verloren. Ist Meyer es doch gewesen, der zuerst in Deutschland die freie Behandlung, das no-restraint eingeführt hat, indem er im Jahre 1858 in der Hamburger Irrenanstalt an einem Tage sämmtliche Zwangsmittel abschaffte. Es gehörte dazu der hohe Muth einer felsen-

festen Ueberzeugung, um das einzuführen, was die namhaftesten Autoritäten in Deutschland damals für unmöglich hielten, und auf dieser Grundlage hat sich dann das heutige Irrenwesen weiter entwickelt; es ist Meyers Verdienst, dass wir anstatt der gefängnissartigen Baulichkeiten nun schöne, sich äusserlich von modernen Krankenhäusern kaum mehr unterscheidende Anstalten haben. Seinen Prinzipien getreu hat Meyer auch weiterhin die Göttinger Anstalt geleitet. Stets stand ihm das Wohl der ihm anvertrauten Kranken und seiner Untergebenen am höchsten und stets war er bereit, für sie einzutreten, ihnen zu helfen und jede mögliche Erleichterung zu gewähren. Eine vollendete Menschenkenntniss und Erfahrung unterstützte ihn in seinem Wirken und in geradezu bewunderungswürdiger Weise verstand er es, selbst in den schwierigsten Fragen, stets das Rechte zu treffen und durchzuführen.

Im Einklang mit diesen seltenen persönlichen Eigenschaften stand auch das reiche Wissen des Dahingeschiedenen. In seinem speciellen Fach, der Psychiatrie, galt er als Meister, eine grosse Reihe bedeutender Arbeiten sind aus seiner Feder hervorgegangen; seit der Gründung des Archivs f. Psychiatrie im Jahre 1868 ist er ununterbrochen als Mitarbeiter desselben thätig gewesen. Ein nicht minder grosses Interesse brachte er auch den anderen Zweigen der Medizin entgegen, deren Fortschritte er stets mit grossem Eifer verfolgte. Ebenso bewandert war er aber auch auf den Gebieten der Kunst und der Geschichte; über alles wusste er Auskunft zu geben, in lebendiger, anregender Weise zu reden und zu kritisieren, an den politischen Tagesfragen nahm er lebhaften Anteil und wusste sich stets ein sehr treffendes Urtheil zu bilden. Dass ein solcher Mann eine weitgehende Gastfreundschaft ausübte und sein Haus, in dem seine an Geist und Herz reiche Frau waltete, ein Mittelpunkt der Geselligkeit war, braucht kaum erwähnt zu werden.

L. Meyer ist geboren am 29. December 1826 zu Bielefeld. Nachdem er das Gymnasium zu Paderborn besucht und dort im 17. Lebensjahre das Abiturientenexamen bestanden hatte, beschloss er, sich dem Berufe eines Baumeisters oder Feldmessers zu widmen und besuchte zu diesem Zweck die Gewerbeschule in Hagen. Doch fand er hier keine Befriedigung und bezog im Frühjahr 1848 die Universität Bonn, um Medizin zu studieren. Da er sich aber ausserdem mit grossem Eifer der Politik widmete, wurde er als verdächtig festgenommen und 5 Monate lang in Köln in Haft gehalten. Nach seiner Entlassung ging er nach Würzburg und von dort nach Berlin, wo er im Winter 1852/53 die medizinischen Examina bestand. Nun wurde er rasch hintereinander Assistenzarzt an der Charité und 2. Arzt in Schwetz a. d. Oder, um im Jahre 1857 wieder nach Berlin zurückzukehren, sich dort zu habilitieren und zugleich die Stelle eines Oberarztes an der psychiatrischen Abtheilung der Charité zu versehen. 1858 ging er nach Hamburg als Oberarzt der Irrenabtheilung des allgemeinen Krankenhauses, wo es ihm zuerst gelang, die Abschaffung aller Zwangsmittel zu bewirken. Bald konnte er auch den Neubau einer Irrenanstalt durchsetzen, die schon 1864 in Friedrichsberg bezogen wurde. Im Jahre 1866 erhielt er einen Ruf an die Universität Göttingen, um die Direktion der Prov.-Irrenanstalt und die Einrichtung der psychiatrischen Klinik zu übernehmen. Hier ist er bis zu seinem Dahinscheiden geblieben und hat mit nie ermüdendem Eifer und Pflichttreue die Anstalt geleitet, seine Lehrthätigkeit ausgeübt und ist in hervorragender Weise litterarisch thätig gewesen.

Eine grosse Reihe werthvoller Arbeiten, deren Titel hier aufgeführt werden sollen*), verdanken ihm ihre Entstehung. Es finden sich in

Virchow's Archiv:

VII. Bd. Carcinomatöse Geschwulst im Corpus callosum.
VII. „ Hydrocephalus congenitus.
VIII. „ Mania transitoria.
IX. „ Ueber acute tödtliche Hysterie.
XVII. „ Epithelgranulationen der Arachnoidea.
XIX. „ Ueber die Bedeutung der Pacchionischen Granulationen.
XXVII. „ Fall von allgemeiner progessiver Muskelatrophie.
XXX. „ Untersuchungen über die histologische Entwickelung der Tuberkel.
XXXIII. „ Ueber Ikterus in der Phosphorvergiftung.
LII. „ Erklärung zu der Arbeit von Gudden: Ueber den mikroskopischen Befund bei traumatisch gesprengtem Ohrknorpel.
LII. „ Fall von enormer Atrophie der Rippen eines Geisteskranken.
LIII. „ Ueber das Darwin'sche Spitzohr.
LVIII. „ Pathologische Anatomie der Dementia paralytica.

Charité - Annalen:

1858. Die allgemeine progressive Paralyse der Irren.

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie:

XII. Bd. Wahnsinn aus Heimweh.

*) Zusammenstellung von A. Cramer in Nr. 51 der Münchener medizinischen Wochenschrift 1897.



XIV. Bd. Gerichtliches Gutachten über eine 12jährige Brandstifterin.
XV. „ Meningitis tuberculosa, Geisteskrankheit.
XVI. „ Ueber das Verhältniss der chronischen zur acuten Meningitis.
XVII. „ Ueber Opium bei Geisteskrankheiten.
XVII. „ Bericht über die Irrenanstalt des Hamburger Krankenhauses.
XVIII. „ Epithelgranulationen der Arachnoidea.
XVIII. „ Ueber constitutionelle Syphilis des Gehirns
XIX. „ Gerichtliches Gutachten über den Geisteszustand des wegen Todschlages angeklagten Sander.
XX. „ Das No-restraint und die deutsche Psychiatrie.
XXII. „ Ueber die Zahl der Geisteskranken in Hamburg.
XXII. „ Ueber Melancholie nach venösem Gefässdruck.
XXII. „ Behandlung des Delirium tremens.
XXIV. „ Veränderungen des Gehirns bei allgemeiner progressiver Paralyse.
XXIV. „ 2 Superarbitrien über 1 Dissimulation und 1 Simulation.
XXX. „ Ueber Vorkommen der Occipitalcrista bei Geisteskranken.

Archiv für Psychiatrie:

I. Bd. Ueber Crania progenea.
I. „ Aneurysmatische Entartung der Gehirnrinde nach übermässiger Anstrengung.
I. „ Ueber Schädelverletzungen.
II. „ Lage der öffentlichen Irrenpflege in Hannover.
II. „ Stellung der Geisteskrankheiten und verwandter Zustände zur Criminalgesetzgebung.
II. „ Mittheilungen aus der forensischen Psychiatrie.
II. Bd. Chorea und Manie.
III. „ Bedeutung der Fettkörnchen und Fettkörnchenzellen im Rückenmark und Gehirn.
IV. „ Ueber cirkuläre Geisteskrankheiten.
IV. „ Ueber künstliches Erröthen.
V. „ Hemmungsdeformitäten bei Idioten.
VI. „ Aneurysmatische Veränderungen der Carotis interna Geisteskranker.
VII. „ Das ärztliche System der Marburger Irrenanstalt.
VIII. „ Der skoliotische Schädel.
XX. „ Ueber Intentionspsychosen. Bemerkungen zu der Arbeit „das Morel'sche Ohr" von Binder.
XXIII. „ 3 Unfallgutachten.

Ferner: Festschrift zum 25jährigen Bestehen der Göttinger Anstalt. — Artikel: Chorea im Dictionary of mental Science von Tube. — Rest and exercise im Journal of mental Science. — Entwickelung des psychiatrischen Unterrichts in Deutschland (für die Chicagoer Ausstellung).

Noch im Jahre 1897 war es Meyer vergönnt seinen 70. Geburtstag zu feiern und einen grossen Kreis von Collegen und alten Schülern um sich zu versammeln. Unser Wunsch, den verehrten Meister noch lange in unserer Mitte zu sehen, hat sich nicht erfüllt, am 8. Februar des Jahres hat ihn der Tod nach langem schweren Leiden erlöst.

Ein Leben reich an Arbeit und Mühe, aber auch unendlich reich an Erfolg ist dem Dahingeschiedenen zu Theil geworden. Er hat sich durch sein Wirken und Arbeiten im Dienste der Menschheit und der Wissenschaft selbst ein Denkmal gesetzt aere perennius.

Er ruhe in Frieden!

E. Schütte (Göttingen).

Noch einmal die deutsche Irrenstatistik.

Welche Stellung man auch zu der von vielen Seiten angeregten und für notwendig erachteten Einführung eines „Reichsirrengesetzes" nehmen mag, das ja schon in mancherlei Entwürfen vorgelegen hat, so wird für eine Reihe von Momenten des deutschen Irrenwesens eine einheitliche Handhabung gewiss von allen betheiligten Seiten als zweckmässig erachtet werden. Im Bereich des bürgerlichen Rechts ist ja durch die auf die Entmündigung, Pflegschaft u. s. w. sich erstreckenden Paragraphen des neuen Gesetzbuchs eine solche Gleichmässigkeit der Auffassung und Ausübung geschaffen worden, wie wir sie bezüglich der strafrechtlichen Behandlung der Irren schon länger besitzen.

Zwar weniger wichtig, aber dafür um so leichter — man kann sagen, durch einfache Uebereinkunft der Interessirten — zu erreichen, ist eine gleichmässige Anlage der Irrenstatistik. Das Reichsgesundheitsamt beschäftigt sich mit einer solchen nicht; der Schwerpunkt seiner Thätigkeit liegt in der Bearbeitung der volkshygienischen Seite der Infektionskrankheiten u. A.

Die Grundlage der Irrenstatistik der Bundesstaaten bildet die Zählkarte, welche bei der Aufnahme und



Entlassung (bezw. dem Tode) des einzelnen Kranken ausgefüllt wird. Es fehlen also zunächst die entsprechenden Zählkarten für alle diejenigen Geisteskranken, welche nicht in Anstalten untergebracht werden. Aber auch jene Anstaltszählkarten sind nicht in jedem Bundesstaate eingeführt; z. B. nicht im Kgr. Sachsen. Die Zählkarten der einzelnen Bundesstaaten, die überhaupt solche führen, sind nun nicht blos unter einander förmlich wie inhaltlich verschieden, was ja nicht anders zu erwarten, sondern sie weisen auch manche beträchtliche und zweckwidrige Lücke auf. So führt z. B. die preussische Aufnahmezählkarte die Frage: War Pat. schon in einer Irrenanstalt? Zum 1., 2. etc. male? Wie entlassen? Vermuthlich soll durch diese Frage über die Zahl der Rückfälligen und die Häufigkeit der Rückfälle Licht geschaffen werden, — als ob der Kranke beim ersten Anfalle oder bei jedem Rückfalle in eine Irrenanstalt aufgenommen sein müsste, — als ob die erste Erkrankung desselben Charakters sein müsste wie die spätere; ein Mensch, der in der Jugend an Melancholie erkrankt gewesen, kann ja später an progressiver Paralyse, kann in späteren Jahren an Altersblödsinn erkranken; nimmt man nun noch dazu, dass heutzutage wegen der Ueberfüllung der offiziellen Irrenanstalten Kranke in anderweitigen Instituten verpflegt werden, die der eine als Irrenanstalt auffasst, der andere nicht, so erhellt daraus, von wie geringem Nutzen die erwähnte Art der Fragestellung für die ganze Irrenstatistik sein muss.

Die preussische Zählkarte lässt ferner die sehr wichtige Frage vermissen, ob die Kinder des bezw. der Kranken nerven- oder geisteskrank sind. Auf der bayrischen Zählkarte finden wir sie vertreten.

Die Frage, ob ein Geisteskranker (vor oder nach Beginn der Erkrankung) mit dem Strafgesetz in Conflikt gekommen, ist viel zu unbestimmt gehalten, als dass ihre Beantwortung Verwerthung verdient. Mancher Arzt glaubt, den „Conflikt mit dem Strafgesetz" nur dann in Betracht ziehen zu müssen, wenn es sich um einen amtlich bekannt gewordenen Conflikt mit dem Reichsstrafgesetz handelt, und ignorirt denjenigen mit den Polizeivorschriften und überhaupt den Conflikt, der nicht zum Einschreiten der öffentlichen Sicherheitsorgane geführt hat. Ueber die wirkliche Gemeingefährlichkeit der Geisteskranken (namentlich die prozentualische, sowie über die Art, wie sich die Deliktsformen zu den Krankheitsformen verhalten), und das zu eruiren ist doch der Zweck der Frage, erfahren wir durch diese Fragestellung nur ganz Unzuverlässiges. Dazu kommt, dass über den Begriff der Gemeingefährlichkeit grosse Differenzen herrschen. (Ist Selbstgefährlichkeit Gemeingefährlichkeit?)

In der Bezeichnung der Krankheitsform figurirt noch immer die „einfache Seelenstörung" als Sammelname für eine grosse Zahl nach dem heutigen Stande unseres Wissens wohl unterschiedener und genau bekannter Krankheiten. Man schuf diesen Sammelnamen, weil man bei der zum Theil noch jetzt herrschenden Uneinigkeit in der Nomenclatur über ein Schema und wäre es noch so primitiv, sich nicht einigen zu können glaubte. Aber was verschlägt's denn, wenn bei Gewährung grösseren Spielraums in der Benennung der Krankheitsformen eine grössere Zahl von Bezeichnungen zu Tage getreten wäre. Von einem psychiatrischen Sachverständigen nach einem der gebräuchlichsten Systeme verarbeitet, hätte das Ergebniss jedenfalls einen höheren wissenschaftlichen Werth geboten, als wenn man wie jetzt liest: Im Staate X 1898 an „einfacher Seelenstörung" erkrankt: . . . . Personen, ein Ergebniss, das jeglichen wissenschaftlichen Gehalts entbehrt. Wäre es nicht interessant zu wissen, ob der bayrische Hochländer mehr zur Manie, der Küstenbewohner zur Melancholie, der preussische Pole zu Verwirrtheitszuständen, der Grossstädter mehr zu transitorischen Geistesstörungen neigt? — Auf den Zählkarten der elsässischen Irrenanstalten z. B. ist bei der Frage nach der Krankheitsform die Unterfrage: Melancholie, Manie, Verrücktheit, secundärer Schwachsinn gestellt. Das ist doch schon etwas. — Bei der auf den meisten Zählkarten vorhandenen Rubrik: paralytische Seelenstörung werden mit der progressiven Paralyse, der Krankheit, mit deren Ursächlichkeit zu erforschen gegenwärtig die ganze wissenschaftliche Psychiatrie und Neurologie bemüht ist — werden mit dieser, aller Wissenschaft zum Trotz, jetzt alle organischen Nervenkrankheiten, die mit Geistesschwäche einhergehen, offiziell in einen Topf geworfen, wie z. B. Apoplexie, Gehirntumor, Gehirnsyphilis, Altersblödsinn mit Lähmungen usw. — Wo anders sollte man sie auch unterbringen?

Sehr fragwürdig ist auch die auf einer Zählkarte vertretene Auffassung, welche die uneheliche Geburt als Unterfrage von „Erblichkeit und Familienanlage" aufführt.

Die Frage nach den Missbildungen findet sich nicht auf allen Zählkarten und wo sie aufgestellt, steht sie auf der Aufnahmekarte; in Wirklichkeit gehört sie auf die Abgangszählkarte, weil dann dieser Theil der Statistik bei den durch Tod Abgegangenen und zur Section Gelangten durch die Mittheilung über etwaige Missbildungen der inneren Organe wesentlich bereichert wird.

Als Curiosum sei erwähnt, dass die preussische und bayrische Zählkarte nach „körperlichen" Missbildungen fragt.

Diese wenigen, aber nicht einzig möglichen Ausstellungen, theils auf dem Vergleich der Zählkarten der grösseren Bundesstaaten und der Reichslande theils auf praktischer Erfahrung beruhend, genügen um zu zeigen, dass nicht nur unsere Irrenstatistik, abgesehen von der örtlich beschränkten Giltigkeit, ziemlich dürftig ist, sondern dass auch das Wenige, was sie bietet, für wissenschaftliche Untersuchungen nicht genügend einwandfrei ist. Thatsächlich ist dieses amtliche Material zu letzteren bisher auch wohl von Niemandem verwendet worden. Dass es zur Herbeiführung einer einheitlichen und auf höherem Niveau stehenden Statistik keiner nennenswerthen Mühe bedarf, wurde schon eingangs erwähnt und dürfte aus dem Vorstehenden ebenfalls mit Sicherheit hervorgehen.

Bresler.



Mittheilungen.

— **Psychiatrischer Verein zu Berlin.** Sitzung vom 16. Decbr. 1899. Vorsitzender: Herr Moeli.

(Fortsetzung.)

3. Das Vorhandensein und die Lokalisation der einfachen, besonders dem Verlauf der grösseren Gefässe entsprechenden Periencephalomeningitis interstitialis diffusa chronica anterior der linken Hemisphäre, welche übrigens der Ausbreitung des erwähnten krankhaften Processes an der rechten Seite entspricht, nämlich nur bzw. vorwiegend an den vorderen Partien des Gehirnes sich findet, also unter relativer Schonung des hinteren Theiles des Parietal- und des Hinterhauptlappens, welche also eine Art und Lokalisation zeigt, wie sie sich regelmässig bei progressiver Paralyse findet, kurz also der Nachweis einer einfachen Periencephalomeningitis interstitialis diffusa chronica anterior als Theilerscheinung einer offenbar als Gehirnsyphilis anzusprechenden Erkrankung.

Der zweite Fall betrifft ein hereditär in nervöser Beziehung schwer belastetes Mädchen, dessen Vater sich sechs Jahre vor deren Geburt syphilitisch inficirt hat und jetzt Zeichen von Tabes cervicalis bietet; die Mutter, welche bei der Hochzeit inficirt wurde, leidet jetzt an Dementia paralytica. Pat. selbst hatte bei der Geburt typische Zeichen von hereditärer Lues (wunde Füsse, Ausschlag an den Nates, stinkender Ausfluss aus der Nase etc). Schon stets etwas schwach; ist jedoch bis zur zweiten Klasse, dann noch auf die Fortbildungsschule gekommen. Bis zum 15. Lebensjahr allmähliche Aenderung. Arbeit wurde schlechter, Sprache und Schrift unsicher. Zu sechzehn Jahren tonisch-klonischer Krampfanfall, unsicherer, steifbeiniger Gang; exorbitante, hypochondrische Klagen: habe keine Füsse etc; fortschreitende geistige Schwäche, fing wieder an mit Puppen zu spielen etc.

Einige Monate später zweiter Anfall, progressive Schwäche pp.

Bei der Aufnahme in Herzberge zu $18^1/_4$ Jahren euphorische Demenz, dabei hypochondrische Wahnideen (habe keinen Magen, keine Beine etc.) Linke Pupille doppelt so gross als die rechte; beide entrundet. R/L fehlt beiderseits. C/V nicht zu prüfen. Linker unterer VII. Spur schwächer als rechter; beim Sprechen fibrilläre Zuckungen in der Mund- und Kinnmuskulatur. Hochgradige, typische, articulatorische Sprachstörung, Tremor manuum. Spastisch-unsichere Bewegungen der Hände; spastisch-paretischer Gang. Kniephänomen sehr lebhaft, beiderseitiger Fuss- und Patellarclonus, totale Analgesie an den Unterschenkeln. Unter absolut typischem Weiterschreiten nach ca. $^1/_4$ Jahr Exitus.

Autopsie: Dura schlottert in grossen Falten über dem Stirnhirn. Pia im ganzen verdickt und milchig getrübt, besonders dem Verlauf der grossen Gefässe entsprechend, weitaus am stärksten über Stirn und Parietallappen; hier fast nirgends ohne Substanzverlust abziehbar; an einzelnen Stellen (Sulc. front. sup. etc.) einige gelbliche, annähernd linsenförmige, ziemlich feste Partieen in der Pia. Gefässe an der Basis zeigen stellenweis leichte Gelbfärbung und Verdickung.

Windungen schmal, Furchen klaffen. Ventrikel weit. Ependym granulirt.

Mikroscopisch findet sich zunächst der absolut typische Befund der progr. Paralyse: Verdickung und kleinzellige Infiltration der Pia, kleinzellige Infiltration der Rinde, Schwund der Fasern und Ganglienzellen, Verwischung der Schichtung, Verdickung der Gefässe etc. Die erwähnten gelblichen Stellen zeigen zum grössten Theil nur eine sehr kernarme, opake Partie mit zahlreichen geschwungenen Bindegewebefasern, welche diffus in die Umgebung übergehn. Manche lassen Anhäufung von Rund- und epithelioiden Zellen und Blutungen im Gewebe erkennen; in zweien dieser Gebilde findet sich aber auf fast sämmtlichen Schnitten nicht nur diese opake, kernarme Zone etc., es zeigt sich ausserdem eine ausgedehnte opake fein granulirte Mittelzone mit deutlichen Kernfragmenten, also im ganzen ein Bild, wie es für infectiöses Granulationsgewebe charakteristisch ist; da Tuberculose ausgeschlossen erscheint, — es fanden sich weder in den Organen Tuberculose, noch gelang es, in den Präparaten bei speciell darauf gerichteter Färbung Tuberkelbacillen nachzuweisen, — so muss in Anbetracht der sonstigen Umstände die erwähnte Bildung als eine gummiartige, syphilitische angesehen werden.

Es fand sich ferner ausgesprochene Endarteriitis mit verdoppelter Elastica und Gefässneubildung an der Basilaris.

Den Vortragenden erscheint an dem zweiten Falle ausser dem klinisch-anamnestischen Nachweis der Familienlues wesentlich, dass sich in diesem Falle, bei welchem sich nicht nur klinisch, sondern vor allem auch makroscopisch und mikroscopisch anatomisch der absolut typische Befund der progr. Paralyse erheben liess, nicht nur sehr ausgesprochene Endarteriitis fand, sondern dass sich innerhalb der gewöhnlichen Periencephalomeningitis interstitialis diff. chron. anterior mehrere untrennbar mit der Umgebung zusammenhängende eigenthümliche Partieen fanden, von welchen zwei syphilitisches Gewebe erkennen liessen.

3. Herr Schmidt (Wuhlgarten.) Die geisteskranken Trinker in der Familienpflege (Autoreferat). Während die Familienpflege Geisteskranker allgemein als eine bewährte Neuerung in der Irrenfürsorge anerkannt wird, hat diese freie Behandlung bei den geisteskranken Trinkern keineswegs erfreuliche Resultate gezeigt. Der Grund liegt in der Hartnäckigkeit des Leidens und der Milde der Behandlung, welche der Alkoholist in der Anstalt und in der Freiheit unter den heutigen Verhältnissen erfährt. Wenn gleichwohl in den Berichten, namentlich der Trinker-Heilanstalten vielfach Heilungen behauptet werden, so ist zu befürchten, dass es sich um „Alkoholisten" im psychiatrisch-klinischen Sinne nicht gehandelt hat, sondern mehr um solche Trinker, bei denen das Erschwerende, die erbliche Belastung und eine frühzeitig abnorme Geistesentwicklung, welche Merkmale sie von Hause aus als imbecille Naturen kennzeichnet,

fehlte. Man unterscheidet zweckmässig zwischen der Kategorie der Letzteren, der Gelegenheits- bezw Gewohnheitstrinker, und der Ersteren, der eigentlichen Alkoholisten. Mit diesen haben die Irren-Anstalten es hauptsächlich zu thun.

Unter 703 Männer-Aufnahmen der Anstalt Dalldorf waren im Jahre 1897/98 204 Alkoholisten = 29%; in Herzberge unter 707 ca. 340 „mehr oder weniger" Gewohnheitstrinker = 48%; im Mittel würde man für beide Anstalten wohl etwas über 30% Trinker annehmen dürfen (in den letzten drei Jahren war nach dem Bericht der Deputation für die städtische Irrenpflege die Aufnahmeziffer eine ziemlich konstante) d. h. zugleich etwa ein Drittel der jeweiligen männlichen Anstaltsinsassen sind Säufer! Rechnet man auf etwa 230000 erwachsene männliche Berliner Arbeiter 700—800 Trinker in den Anstalten, die Privat-irrenanstalten und Krankenhäuser einbegriffen, so ergiebt sich ein Procentsatz von 0,3. Ein Zeichen von besonderer Degeneration der weniger bemittelten Volksklassen Berlins kann man hierin noch nicht erblicken; zu Gunsten der Berliner Verhältnisse spricht der Umstand, dass nur ein Bruchtheil — von jenen 204 Aufnahmen des 98er Jahrganges 43 — eingeborene Berliner sind (nach einer Notiz des Herrn Geh.-Rath Sander), während ein grösserer Theil (81) aus der näheren Umgebung (Prov. Brandenburg) zugezogen sind, der Rest, also fast die Hälfte ist aus der Ferne gekommen. Weiter ist zu berücksichtigen, dass zufolge des engen Zusammenwohnens der Berliner Bevölkerung die Störungen, welche der Säufer verursacht, viel unerträglicher wirken als an kleinen Orten und zur Entfernung des Trinkers Anlass geben; das rege Interesse der städtischen Bevölkerung an allen Tagesfragen und Ereignissen, das Verständniss für die Bedeutung der sog. Alkoholfrage überhaupt, welches unter Aerzten und Laien mehr und mehr sich Geltung verschafft, erleichtere und beschleunigen die Internirung.

Während in den letzten 3 Jahren unter den neu aufgenommenen Irren überhaupt die Alkoholisten ungefähr $1/3$ ausmachten, waren es unter den in Pflege gegebenen ziemlich genau die Hälfte (130 : 65). Die Trinker hielten sich in der Pflege, wie gesagt, durchweg schlecht: einige Wenige kehrten schon nach Tagen zurück, viele nach Wochen oder Monaten. Die Durchschnittszeit, während welcher der Kranke einigermassen abstinent blieb, lässt sich nicht bestimmen, weil der Zeitpunkt der Rückfälligkeit gewöhnlich weit vor dem der Rückkehr in die Anstalt liegt und die Angaben der Pfleger in dieser Beziehung oft unzuverlässig sind. Letztere haben zumeist das Interesse, den Kranken möglichst lange in der Pflege zu behalten, um nur möglichst lange sich das monatliche Pflegegeld zu sichern. Während dieser Zeit sind sie oft den grössten Belästigungen seitens der Kranken ausgesetzt durch allerlei Verstösse gegen die Hausordnung, durch Trunkenheit, schlechtes Betragen u. dergl. Nur zwei Kranke bildeten eine Ausnahme. Ein Bureaubeamter, welcher sich 13 Monate gut führte, und ein Schreiber, welcher 14 Monate lang in der Freiheit sich hielt. Beide blieben nach ihrer Entlassung noch längere Zeit mit der Anstalt in engerer Fühlung.

Der erstere hatte sich soweit wieder emporgearbeitet, dass er eine selbstständige und einträgliche Stellung in einem Bureau wieder übernehmen sollte, als er wegen Aufhebung seiner Verlobung seitens der Braut, die über sein Vorleben Kenntniss erhalten hatte, wieder rückfällig wurde. Der andere wurde ein rühriger Anhänger des Good-Templar-Ordens. Aerger in seiner agitatorischen Thätigkeit, andauernde nervöse Beschwerden nach einer schweren Verletzung und Nahrungssorgen machten ihn schwankend. — Die Schwierigkeit, eine angemessene, gewinnbringende Beschäftigung wiederzufinden (der Eintritt in das frühere Arbeitsverhältniss ist sehr oft durch die Unmöglichkeit der Wiederaufnahme des nur als „gebessert" nicht als „geheilt" entlassenen Kranken in die Krankenkasse erschwert) führt in den meisten Fällen schon zu leichtsinnigem Lebenswandel und zur Trunkenheit; ausserdem gewährt dem Kranken die dürftige Pflegestelle nicht die genügende Versorgung und Ablenkung vom Kneipengehen.

Sobald der Kranke rückfällig geworden, ist natürlich das einzige Mittel zur Abwendung weiteren Schadens seine baldige Wiedereinlieferung. Diese stösst jedoch in der Regel auf erhebliche Hindernisse; nur Wenige sind einsichtig genug, dass sie ihre Behandlung in der Anstalt für nothwendig halten und willig zurückkehren; bei den meisten jedoch bedarf es der zwangsweisen Zurückführung, vielfach unter Mitwirkung polizeilicher Hilfe. Eine solche ist leider schwer zu erlangen, wenn auf der genauen Beobachtung der (in dem Tagesbefehl vom 1/8. 94 enthaltenen) Bestimmungen (Nachweis des öffentlichen oder sicherheitspolizeilichen Interesses, Beibringung eines vorschriftsmässigen Physikatattestes, ausdrückliche Feststellung der Gemeingefährlichkeit) bestanden wird. Wiederholt hat sich die Versagung polizeilichen Schutzes aus diesen Gründen als erheblicher Mangel fühlbar gemacht.

Die Fehler, an denen unter heutigen Verhältnissen die Versorgung der Alkoholisten in der Familienpflege leidet, sind hauptsächlich: ungenügende Vorbereitung des Trinkers in der Anstalt; ärmliche, theilweise schlechte Pflegestellen; grosse Trinkgelegenheit in der Freiheit.

Um den Trinker zu bessern oder zu „heilen" ist eine dauernde Festhaltung desselben in der Anstalt bei energischer Durchführung des Abstinenz-Prinzips (auch an das Wartepersonal dürfen in der Anstalt keinerlei Spirituosen verabfolgt werden) erstes Erforderniss; den Alkoholisten an mässiges Trinken gewöhnen wollen, heisst seine Rückfälligkeit beschleunigen. Es wäre zu wünschen, dass die Ueberzeugung von der absoluten Entbehrlichkeit des Alkohols als Therapeuticum wie als Nahrungsmittel nicht bloss in der Praxis der Irrenärzte, sondern auch in den Krankenhäusern und bei sämmtlichen Aerzten vollends zur Geltung kommen möchte. — Das Detentionsrecht der Irrenanstalten gegenüber geisteskranken Trinkern stützt sich u. a. auf eine unmoderne Allerhöchste Ordre vom Jahre 1803; die hierin vorgeschriebene Entmündigung ist kein geeignetes Mittel zur Besserung

der jetzt herrschenden Zustände, ganz abgesehen davon, dass es eine grosse Härte in sich schliesst, gegen einen Kranken, den man heilen will, erst den Apparat einer gerichtlichen Entmündigung wirken zu lassen. Auch die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches, welche zwar einen Schritt vorwärts bedeuten, sind in dieser Beziehung noch sehr unzureichend. Erlenmeyer empfiehlt mit Recht, dass man in einem für die deutschen Verhältnisse etwa vorzuschlagenden Trinkerversorgungsgesetze eine Detentionsfrist von 10—18 Monaten, geeigneten Falls eine Verlängerung fordern müsse.

Erst wenn die Gesetzgebung sich entschliessen wird, den angefangenen Weg unter genügender Berücksichtigung sachverständiger Rathschläge weiter auszubauen, ist zu erwarten, dass im Allgemeinen der Kampf gegen die Trunksucht und die Versorgung der geisteskranken Trinker in der Familienpflege im Besonderen bessere Erfolge zeitigen wird.

Kaplan-Herzberge.

— **Im hannöverschen Landtage** bemängelte am 23. v. M. der Abgeordnete Basse, dass die Verwaltung der bei Lüneburg zu erbauenden Irrenanstalt schon eingerichtet und die Direktorstelle dem Verwandten (Snell) eines einflussreichen Mitgliedes des Hauses übertragen sei; er würde es für richtiger gehalten haben, wenn für die Leitung eine hervorragende Kapazität gewonnen und eventuell ein Ausschreiben erlassen wäre, und verlangte Auskunft, warum dies unterlassen sei. Landesdirektor Lichtenberg erklärte diesen Vorwurf gegen den Prov.-Ausschuss für unbegründet, die Wahl sei von keiner Seite beeinflusst worden, und der Abgeordnete Tramm, der zwar auch die Ausschreibung solcher wichtiger Posten bei so grossen Anstalten für angezeigt erachtete, theilte mit, dass im vorliegenden Falle die Wahl Snell's eben deshalb erfolgt sei, weil derselbe in Hildesheim grosses Ansehen genossen und bereits der Kommission bei ihrer Thätigkeit zur Seite gestanden habe.

Wir freuen uns aufrichtig, dass Herr Direktor Dr. Snell gewählt worden ist, und können der neuen Anstalt nur gratuliren, dass sie in ihm die von Basse gewünschte Kapazität gefunden hat. Wie es sich mit der Ausschreibung solcher Stellen verhält, ist ja bekannt; so lange sie nicht allgemein eingeführt ist — und das ist eben nicht der Fall — bedeutet sie da, wo sie trotz vorhandener geeigneter Kräfte geschieht, eine grosse Ungerechtigkeit.

— **Budapest.** Ein 31 jähriges Fräulein, das sich seit 1 Jahr mit Spiritismus beschäftigte, auf eine spiritistische Zeitung abonnirte und zunehmends mit den Geistern der 4. Dimension verkehrte, wurde schliesslich geisteskrank, bildete sich ein, Heilige zu sein, kasteite sich und hatte Sinnestäuschungen religiösen Inhalts. In einem unbewachten Augenblick stellte sie ihren Tisch, den sie zu spiritistischen Zwecken zu benutzen pflegte, auf den Corridor des dritten Stockwerkes und trat auf denselben, um von ihm aus in den Himmel zu schweben. Sie stürzte in den Hofraum und verschied nach wenigen Minuten.

— Die mitten in der Stadt Pforzheim gelegene Heil- und Pflegeanstalt soll aufgehoben und einem Ersatz derselben näher getreten werden, wodurch verschiedenen Bedürfnissen und Wünschen Rechnung getragen werden könnte. Für Vorarbeiten eines Plans sind im Budget 5000 Mark verlangt. Die Budget-Commission der 2. Kammer ist mit der Regierung zur Erörterung über diese Frage zusammengetreten, wobei die Regierung sich u. a. dafür äusserte: „Es kann kein Zweifel darüber bestehen, dass der derzeitige Zustand der Anstalt ein durchaus ungenügender ist. Zu den Mängeln sind nun neuerdings zwei, die Lage verschärfende Momente hinzugetreten. Einmal die Entwicklung der die Anstalt umgebenden äusseren Verhältnisse und sodann die unabweisliche Nothwendigkeit einer anderen Verpflegung der verbrecherischen Geisteskranken. Die Ausscheidung der gemeingefährlichen Elemente aus der Gemeinschaft der übrigen Geisteskranken wird im Hinblick einerseits auf die fortschreitende Ausbildung freierer Verpflegungsformen, andererseits auf die wachsende Zahl der irren Verbrecher immer dringender gefordert. Die Gesammtzahl der in den 3 Heil- und Pflegeanstalten vorhandenen verbrecherischen Irren hat am 15. Juni v. J. 218 betragen: hiervon waren 105 zur gemeinschaftlichen Verpflegung mit nicht verbrecherischen Kranken durchaus ungeeignet. Aus der Erwägung dieser Gesammtlage gelangte man zu der Ansicht, dass die Aufhebung der ungenügenden und unhaltbaren Pforzheimer Anstalt und die Beschaffung eines den Anforderungen der modernen Irrenpflege entsprechenden Ersatzes für dieselbe baldthunlichst in die Wege zu leiten sei. Der zu beschaffende Ersatz hätte in einer neuen grossen Anstalt für etwa 800—1000 Kranke zu bestehen, falls nicht die Einrichtung von 2 kleineren Anstalten für zweckmässiger erachtet würde. Während eine grosse Anstalt mit einem Krankenbestand von 750 Köpfen im Bedarfsfall sich nur bis zu höchstens 1000 Plätzen erweitern liesse, würden 2 kleinere Anstalten von je 4—500 Kranken, vorausgesetzt, dass bei ihrer Anlage daranf Bedacht genommen wurde, in der Folge eventuell eine jede bis zu 1000 Plätzen erweitert werden können. Allerdings würden Baukosten und Betriebsaufwand sich sehr viel höher als für eine grosse Anstalt belaufen. Die Errichtung von zwei Anstalten würde jedenfalls den Uebergang zum System der regionalen Zutheilung bedingen. Es ist nun beabsichtigt, mit der Prüfung aller dieser Fragen eine besondere Commission zu betrauen und die für ein bestimmtes Projekt erforderlichen Kredite im nächsten Budget anzufordern. Der jetzt vorgesehene Betrag von 5000 Mk. ist lediglich zur Bestreitung des Aufwands für Vorarbeiten bestimmt." Die Kommission schlägt hierzu folgende Resolution vor:

Die Kammer spricht ihre Ansicht dahin aus, dass die Anstalt in Pforzheim aufzuheben und zum Ersatz zwei Anstalten errichtet werden sollen, die eine in Pforzheim oder sonst irgendwo im Unterland, die andere im Landescommissariatsbezirk Konstanz.

(Schwäb. Merk.)

— Von grosser Tragweite sind die Erwägungen, auf Grund deren der Gerichtshof der 2. Strafkammer am Landgericht II in Berlin am 23. v. M. den Irrenpfleger A. freisprach, welchem zur Last gelegt war,



durch Mangel an Aufmerksamkeit den Selbstmord des Geisteskranken R. verschuldet zu haben. Den R. hatte er morgens gegen 5 Uhr allein nach dem Closetraum gehen lassen, wo sich derselbe einriegelte und an der Kette des Wasserreservoirs erhängte. Bei der Beweisaufnahme wurde festgestellt, dass der Pfleger A. bis zum Augenblick des Selbstmordes des R. 23 Stunden ununterbrochen Tag- und Nachtdienst gehabt hatte; der Angeklagte selbst entschuldigte sich damit, dass er die anderen Kranken — 4 waren ihm zur Aufsicht unterstellt — hätte sich selbst überlassen müssen, wenn er den R. nach dem Closet begleitet haben würde, und dass er nicht gewusst hätte, ob er den in der Nähe (bei anderen Kranken?) schlafenden Wärter wecken und zur Unterstützung heranziehen durfte. Der Gerichtshof liess sich bei seinem Urtheil von folgenden Gesichtspunkten leiten. Bei einer ununterbrochenen Arbeitszeit von 23 Stunden und bei den Verhältnissen, die in der Anstalt herrschten, wo ein übermüdeter Wärter vier selbstmordsüchtige Kranke zu bewachen habe, wo erst, um Hilfe zu finden, ein anderer Wärter geweckt werden muss, wo Vorschriften beständen, die nicht gehalten würden, könne es dem Angeklagten nicht als Fahrlässigkeit angerechnet werden, wenn er von den Vorschriften abgewichen sei.

Ohne die betreffende Privatirrenanstalt — um eine solche handelt es sich — gegen diese Ausstellungen in Schutz nehmen zu wollen, muss darauf hingewiesen werden, dass ähnliche Zweckwidrigkeiten in der Disposition des Pflegedienstes auch in öffentlichen Irrenanstalten noch vielfach vorkommen. Es giebt Anstalten, in denen die Pflegepersonen den ganzen Tag über in der Krankenabtheilung sich aufhalten und auch die Nacht über bei denselben Kranken schlafen, ja zuweilen auch noch einen Theil der Nacht wachen müssen, sodass sie also unter Umständen 18—20 Stunden im Dienst stehen. In einigen Anstalten ist mit diesem alten System, das — zum Nachtheil auch für die Kranken — den Bedürfnissen des Pflegepersonals wenig Rechnung trägt, bereits längst gebrochen worden. Da aber kein Anstaltsleiter — auch nicht diejenigen der öffentlichen Anstalten — gebunden ist, die Erfahrungen Anderer wenigstens einer Nachprüfung zu unterwerfen, so wird hier und da an dem alten Brauch festgehalten, den man durch die Auffassung rechtfertigt, dass der Irrenpfleger mit dem Geisteskranken in der Anstalt „wohne". Das ist schon recht, aber von solcher Art des Zusammenwohnens hat weder der Pfleger noch der Kranke einen Gewinn. — Da das Pflegepersonal sich in Zukunft in ähnlichen Fällen wie der obige auf diese Entscheidung berufen können wird, so dürfte es zur unabweisbaren Aufgabe werden, die Diensteintheilung der Irrenanstalten auf diesen Punkt hin recht bald einer gründlichen Revision zu unterziehen und unter feste und gesunde Normen zu stellen.

Bücherschau.

En norsk Hex erkläret sindssyg Aar 1325. Ved Johan Scharffenberg. (Hosp. Tit. 4. R. VII. 8. 1899.)

Der älteste Hexenprozess in Norwegen: „Ragnhild Tregagaas's Sag foa Söndhordland 1325" wurde durch zwei lateinische Briefe des Bischoffs Audfinn in Bergen beschrieben. Abschriften dieser Briefe standen in einem Copiebuch, das aus dem Besitze der Domkirche in Bergen in den der Universitätsbibliothek in Kopenhagen gekommen war und bei dem Brande 1728 zu Grunde ging, doch ist der wesentlichste Inhalt durch Arne Magnusson's Abschriften, in denen sich auch die erwähnten Briefe finden, aufbewahrt geblieben; sie sind mit der Uebersetzung in P. A. Munch's „Samlinger til det norske Folks Sprag og Historie". (Kristiania 1838. 5. Bd. S. 479—484) abgedruckt.

Am 3. Nov. 1324 hatte Ragnhild Tregagaas freiwillig und unbefragt in Gegenwart mehrerer Zeugen bekannt, dass sie bei der Hochzeit ihres Neffen Zauberei gegen das häusliche Glück der Eheleute getrieben habe. Am 28. Januar 1325 wurde sie auf Anordnung des Bischoffs nach Befragung des Domkapitels in den Gewahrsam für noch nicht überführte Verbrecher gebracht, nachdem die Zeugen ihre Aussage eidlich erhärtet hatten. Beim Verhör am 8. Febr. sagte R. T. aus, dass sie, obwohl sie selbst verheirathet, vier mal mit ihrem Neffen den Beischlaf ausgeführt, also Ehebruch und Blutschande geübt habe. Als der Neffe heirathen wollte, sagte sich R. T. von Gott los und ergab sich dem Teufel, um mit Hülfe von Beschwörungen, die sie in ihrer Jugend gelernt hatte, Zwietracht und Hass zwischen den Eheleuten anzufachen, und betrieb in der Brautnacht, ohne Wissen der Brautleute in der Brautkammer anwesend, ihre Zauberkünste und heidnischen Beschwörungen, die die Geschlechtstheile des Bräutigams untauglich zum Coitus machen sollten. Sie überredete auch den Ehemann, seine Frau zu verlassen.

Nachdem R. T. lange in dem geistlichen Gefängniss (vermuthlich in einem Kloster) gesessen hatte, kam sie nach Aussage des Bischoffs zur Vernunft und unterzog sich heilsamen Bussübungen und liess den Bischoff um eine heilsame Strafe (poenam salutarem) bitten. Glaubhafter Leute Aussagen überzeugten den Bischoff, dass R. T. als geisteskrank zur Zeit des Verbrechens unzurechnungsfähig gewesen sei, er liess deshalb nach Berathung mit dem Domkapitel und anderen Geistlichen Milde walten und R. T. musste mit der Hand auf der Bibel ihre Verirrung abschwören und als Bussübung wurde ihr auferlegt, ihr Leben lang zwei mal in der Woche, ferner am Jahrestag ihres Verbrechens, 3 Wochen vor dem St. Johannistage und vor dem St. Michaelistage, in den Adventen und Septuagesimae bei Wasser und Brot zu fasten (ungefähr 150 strenge Fasttage im Jahre) und eine 7 Jahre lange Pilgerfahrt ausserhalb Norwegens zum heiligen Grabe auszuführen. Wie lange R. T. diese Begnadigung ausgehalten hat, ist nicht bekannt geworden.

Wahrscheinlich handelte es sich um eine Hysterica, dann ist aber jedenfalls, wie J. Scharffenberg hervorhebt, die Umkehr der Angeklagten nicht als eine Heilung, sondern nur als häufige Umkehr von sexuellen zu religiösen Ideen zu betrachten.

Walter Berger.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,** Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 51. 17. März **1900.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift“ erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Psychische und Nerven-Krankheiten in Abessinien.

Von Dr. *F. Holzinger* (St. Petersburg).

Als Mitglied der Sanitätscolonne des russischen Rothen Kreuzes, welche 1896, während des abessinisch-italienischen Krieges nach Schoa entsendet wurde, hielt ich mich $2^1/_2$ Monate in der Hauptstadt des Landes Addis-Ababá (Entoto) auf und lernte auf der Reise dahin, welche über Djibonti und Harar gemacht wurde, einen Theil des östlichen tropischen Afrika kennen. Die Gelegenheit näheren Einblick in die Morbiditätsverhältnisse des Landes zu gewinnen war insofern ausserordentlich günstig, als der specielle Zweck der Expedition sich wie ein Lauffeuer verbreitet hatte und die Kranken in grosser Zahl herbeizog. Wie aus dem officiellen Rechenschaftsbericht des Chefs der Colonne an das Centralcomité des Rothen Kreuzes in St. Petersburg zu sehen ist, betrug die Gesammtzahl der ambulatorischen Kranken 13056 mit 26419 Einzelbesuchen. Davon kamen auf Addis-Ababá 4908 Kranke mit 8919 Besuchen, auf Harar 7809 Kranke mit 17151 Besuchen und auf Halteplätze, während des Marsches, 339 Kranke.

Diese Zahlen sprechen deutlich genug, einerseits für das schnellerrungene Vertrauen der Eingeborenen zur europäischen Heilkunst und andrerseits auch dafür, dass die Gelegenheit thatsächlich ungemein günstig war nicht nur die landläufigen Krankheiten kennen zu lernen, sondern auch seltenere Erkrankungsformen zu sehen.

Was nun psychische und nervöse Störungen anbetrifft, welchen ich persönlich meine besondere Aufmerksamkeit widmete, so mögen zuerst in kurzen Zügen die Verhältnisse skizzirt werden, welche für das Zustandekommen genannter Krankheiten als wichtig betrachtet werden, und will ich von vornherein bemerken, dass der Boden in dieser Beziehung, wenigstens theoretisch betrachtet, als ungemein gut vorbereitet bezeichnet werden muss.

Die hauptsächlichsten ätiologischen Momente für Geistes- und Nerven-Krankheiten, den Alcoholismus und die Syphilis, finden wir hier in beklagenswerther Vereinigung und erschreckender Verbreitung.

Schon Rüppel*) führt in seiner Characteristik der Abessinier ihre ausgesprochene Neigung zur Trunksucht an, und dasselbe ist auch von den meisten Beobachtern (Massaja,**) d' Abbadie,***) Paulitschke†) u. a.) bestätigt worden. Das landesübliche Getränk ist ein aus Honig dargestellter Met (Tädtsch), von reichlichem Alcoholgehalt. Das schmackhafte, stark berauschende Getränk pflegt in der ärmsten Hütte nicht zu fehlen und wird sowohl von Abessiniern, als von Galla in grossen Mengen getrunken. Auch der Gast wird überall zuerst

*) vergl. Ratzel. Völkerkunde Bd. III.

**) Massaja. I miei 35 anni di missione.

***) Abbadie. Géographie de l' Ethiopie.

†) Panlitschke. Ethnographie Nordost-Afrikas. Berlin 1893.

mit Tädtsch aufgenommen, wobei nach althergebrachter Sitte, der den Becher kredenzende Diener einige Tropfen auf seine Hohlhand giesst und seine Lippe benetzt, zum Zeichen, dass das Getränk nicht vergiftet ist. Ganz abgesehen von dem beständigen, chronischen Gebrauch des schweren Honigweins, zu allen Mahlzeiten, fehlt es natürlich auch nicht an Exzessen und besonders in Harar, einer nach arabischem Muster gebauten, dicht bevölkerten Stadt, fällt Dank der Engigkeit des Zusammenlebens die grosse Zahl der Berauschten auf und machen sich rohe Ausschreitungen betrunkener Abessinier unangenehm häufig bemerkbar. Ausser dem Tädtsch werden in Harar neuerdings auch europäische Getränke, besondes billige Cognacsorten getrunken, welche von griechischen Händlern importirt werden. In Schoa wird vielfach aus dem Tädtsch mit höchst primitiven Apparaten ein fuselhaltiger Schnaps destillirt, welcher ebenfalls Liebhaber findet.

Wie Paulitschke berichtet, und mir von lange im Lande ansässigen Europäern bestätigt wurde, sind Zustände von acutem Alcoholismus und Dilirium tremens keine sonderlichen Seltenheiten und das relativ häufige Vorkommen von Lebercirrlose verdient ebenfalls erwähnt zu werden.

Weit schlimmer noch, als mit dem Alcoholismus ist es mit der Verbreitung der Syphilis bestellt. Nach Hirsch*) ist die Seuche schon im 15. Jahrhundert durch Portugiessen nach Abessinien eingeschleppt worden, während nach Paulitschke das Nordosthorn Afrikas, also die Stämme der Danakil, Somali und Galla im 17. Jahrhundert durch die Araber inficirt worden sind. Ueber Schoa führt Hirsch übrigens an, dass hierher die Krankheit erst zu Anfang des 19. Jahrhunderts eingedrungen ist. Wie dem auch sein mag, so viel steht fest, dass gegenwärtig die Syphilis in Abessinien, unter den Galla von Schoa, und der Bevölkerung von Harar bedeutend stärker verbreitet ist, als unter den im Küstendistrict nomadisirenden Somali und Danakil, und dass die Syphilis überhaupt in diesen Länderstrichen eine Verbreitung gewonnen hat, wie kaum in einer anderen Gegend der Erde. Beinahne einstimmig wird von allen Beobachtern die Zahl der Syphilitischen auf 75 % (vergl. Paulitschke) bis 90 % (vergl. Hirsch) der ganzen Bevölkerung geschätzt und ohne diese Zahlen zu kennen normirte ich meine eigene Schätzung, wenigstens für Schoa, ebenfalls auf 80 %.

Das sind allerdings mehr approximative Werthe, welche sich auf kein Zahlenmaterial stützen, doch muss allein die Einmüthigkeit von einander unabhängiger Beobachtungen imponiren. Zuverlässigere Daten giebt der obenerwähnte Rechenschaftsbericht an das Rothe Kreuz, laut welchem von 4908 in Addis Ababá behandelten Kranken 703 d. i. 14,3 %, und in Harar von 7809 Kranken 630 d. i. 8 % oder im Ganzen von 12717 Kranken 1330 d. i. circa 10 % an florider Lues litten. Diese Zahlen betreffen nur solche Fälle, welche speciell wegen syphilitischen Affectionen in Behandlung kamen und nicht berücksichtigt sind diejenigen, welche laut Anamnese früher syphilitisch waren, aber anderer Leiden wegen ärztliche Hilfe in Anspruch nahmen.

Dabei bleiben die angeführten Werthe entschieden weit hinter der Wirklichkeit zurück, was schon daraus zu ersehen ist, dass die Zahl der registrirten Primäraffecte für beide Städte nur 27 beträgt. Letzteres erklärt sich daraus, dass die Eingeborenen es vorzogen bei so geringfügigen Affectionen ihre einheimischen Heilmethoden, besonders das beliebte Glüheisen anzuwenden, und es verschmähten sich an uns zu wenden. Abessinisch heisst die Krankheit Ketyn, somalisch — habád, oromonisch — fantó, afarisch (dankali) — hâba. Sie wird aber auch in Schoa von den Abessiniern „unsere Krankheit" genannt, was schon allein auf ihre ungeheure Verbreitung schliessen lässt, welche gleichmässig alle Schichten der Bevölkerung trifft, vom Sklaven bis zum Fürsten. Dementsprechend gilt es auch nirgends als anstössig inficirt zu sein und von verheimlichten Fällen kann natürlich nicht die Rede sein. Sowohl die acquirirte als die hereditäre Form ist den Eingeborenen gut bekannt, und nicht selten kam es vor, dass die Kranken unaufgefordert angaben, der Vater oder die Mutter seien inficirt gewesen.

Der Verlauf der Syphilis ist im allgemeinen ein gutartiger, besonders in Schoa. In der Regel beschränkt sich das Leiden auf das condylomotöse Stadium mit ausgiebigen Hauteruptionen und schwindet dann ohne tiefere Organveränderungen zu hinterlassen. Tertiäre Formen kommen vor, doch gehören sie in Schoa entschieden zu den Seltenheiten, während sie etwas häufiger in Harar und besonders im Gobán (der Steppendistrict zur Küste hin) zu sehen sind. So gewann ich den Eindruck, dass die Lues unter den Afar und Somali im Gobán zwar weniger verbreitet, dagegen intensiver auftritt, als bei den Abessiniern und Galla in Schoa.

Was Behandlung des Leidens anlangt, so ist es bei den Somal und Afar üblich sich den Körper mit Schwefel einzureiben, welcher in ghij, einer indischen Butterart, gekocht ist, und sich darauf den brennen-

*) Hirsch, Handbuch d. hist.-geogr. Pathologie, II. Aufl. 1883.



den Strahlen der tropischen Sonne auszusetzen. Dazu trinken sie Schaffett. Die Oromo wenden die Sarsaparilla und Schwitzcuren an. Ulceröse Affectionen werden, wie schon bemerkt, gewöhnlich mit dem Glüheisen behandelt. Sehr beliebt bei allen einheimischen Stämmen, und viel gebraucht sind die im Lande zahlreichen Thermalbäder, unter anderen Artu im Gobán, Bilén in der Dankalisteppe, Fin-Fin bei Addis-Ababá (mit 75°) etc. Dieselben werden überhaupt bei den verschiedensten Leiden angewendet. Bekannt ist auch die indo-chinesische Methode der Quecksilberräucherungen, doch ist diese Cur, wegen ihrer Kostspieligkeit nur reichen Leuten zugänglich und nach meinen Informationen macht die grosse Masse der Bevölkerung ihre Syphilis überhaupt ohne eigentliche Behandlung durch, wenn man von den heissen Bädern absieht.

(Fortsetzung folgt.)

Die Berechnung der Zahl der Aerzte für Irrenanstalten.

Von Oberarzt Dr. *Max Fischer*, Illenau.

(Schluss.)

Diese hier zusammengestellten 4 Punkte, des Krankenbestandes, der Aufnahmeziffer, der unter beiden befindlichen Anzahl von Kranken besserer Stände und der Ziffer der in die Freiheit Entlassenen, halten wir, jeden für sich als bedeutungsvoll, alle vier in ihrer Gesammtheit für direct bestimmend für die Aufstellung der Ärztezahl an einer Anstalt. Ihre Summe, einfach durch Addition der aufgestellten Zahlen gewonnen, stellt in nuce die Gesammtarbeit des Ärztepersonals einer Anstalt in zahlenmässigem Ausdrucke dar. Es werden in einer solchen Summe die mehr chronischen Kranken, die in der Behandlung am einfachsten zu halten sind, nur einmal gezählt in der Krankenstandsziffer oder in der Aufnahmeziffer, die Kranken besserer Stände werden doppelt gezählt, in der Zahl der Gesammtverpflegten und noch einmal besonders, und die geistig frischen und in dubio heilbaren Fälle unter ihnen werden auch noch in der Zahl der Entlassenen geführt, also dreimal; endlich der Werth des Momentes der frischeren und daher mehr Arbeit erfordernden Kranken wird gewahrt durch doppelte Zählung einmal unter der Zahl der Gesammtverpflegten und dann unter der Zahl der Entlassenen. Diese doppelte, resp. 3fache Einbeziehung in die Berechnung dürfte sich bei den frischen Kranken, wie bei den Kranken besserer Stände vollständig mit den vermehrten Anforderungen, die diese Kranke an ärztliche Behandlung und Zeit stellen, decken. Wenn wir nun in der Summe aus den bekannten 4 Componenten den Ausdruck der Gesammtarbeit, die von den Ärzten einer Anstalt geleistet werden muss, erblicken und sollen daraus die richtige Anzahl der Ärzte, die zur Bewältigung dieser Arbeit jeweils nöthig ist, berechnen, so bedürfen wir dazu zunächst eines Quotienten, der die Arbeit eines Arztes unter den gegebenen (4) Bedingungen und unter verschiedener Gestaltung derselben darstellt.

Wir geben nun in Folgendem eine Zusammenstellung, wie sich unsrer Ansicht nach das Arbeitsfeld eines Arztes nach den 4 erwähnten Gesichtspunkten und unter möglichster Variation derselben darstellt. Wir betonen dabei, dass diese Beispiele nicht einfach

	a. Krankenstand der betr. Abtheilung	b. Aufnahmezahl desselben im Jahr	c. Summe a + b	d. Kranke der bess. Stände unter a	e. Kranke der bess. Stände unter b	f. Summe d + e	g. Entlassungen (geheilt u. gebessert) in die Heimath i. Jahr	h. Massgebende Summe aus c + f + g	Aerztezahl hiefür
1	40	80	120	5	10	15	45	180	1
2	120	120	240	15	15	30	90	360	2
	resp. 60	60	120	8	8	16	45	181	1
3	100	100	200	40	40	80	80	360	2
	resp. 50	50	100	20	20	40	40	180	1
4	140	80	220	60	40	100	40	360	2
	resp. 70	40	110	30	20	50	20	180	1
5	100	40	140	15	5	20	20	180	1
6	140	10	150	8	2	10	20	180	1
7	160	10	170	—	—	—	10	180	1
8	20	50	70	20	50	70	35	175	1
9	40	40	80	40	40	80	20	180	1



willkürlich gewählt, sondern dass sie grossenteils aus uns ganz genau bekannten Abteilungs- und Anstaltsverhältnissen direct entnommen oder aus denselben abgeleitet sind.

Wir sehen aus diesen der Wirklichkeit nachgebildeten Beispielen, die uns nach genauer Prüfung das Mass der einem Arzte zuzutheilenden Arbeit, so dass ihm weder ein bedeutendes Zuviel noch ein ebensowenig wünschenswerthes Zuwenig zufällt, darzustellen scheinen, dass die durch Addition der massgebenden Stellen c + f + g gewonnene, in allen Beispielen sich gleichbleibende Summe von 180 der zahlenmässige Ausdruck für eine Ärztekraft ist. Wir legen nun unsrer Berechnung diese Zahl (180), die wohl auf die meisten Verhältnisse in ihrer Anwendung passen wird, zu Grunde. Zu der Tabelle selbst wird eine genauere Erklärung nicht nothwendig sein; es sind die hauptsächlichsten Eventualitäten, wie sie an Anstalten und auf Abtheilungen vorkommen können, herangezogen. Wir sehen in Nr. 8 und 9 die Abtheilungsverhältnisse für einen Arzt an reinen Privatanstalten für bessere Stände verzeichnet, erstere mit mehr als doppeltem Wechsel des Bestandes und reicher Aufnahmezahl im Jahre, die letztere mit einfacher Ersetzung des Bestandes durch die jährliche Aufnahmezahl. Im ersteren Falle beträgt der Krankenstand der Abtheilung mit der sehr geringen Ziffer von 20 die Hälfte wie im 2. Falle, während die Summe der 4 Momente (das Arbeitspensum des Arztes) infolge der verschiedenen Grösse der Einzelcomponenten gleich bleibt. Doch wollen wir uns in Sachen der Privatanstalten ein competentes Urtheil nicht anmassen und es gerne den Leitern derselben überlassen, über das hier gegebene Maass hinauszugehen d. h. noch mehr Aerzte als darnach erforderlich einzustellen.

Nr. 1 stellt die Abtheilung eines sogenannten Stadtasyls mit grosser Aufnahmeziffer und wenig Kranken besserer Stände dar; auch hier ist der Krankenstand, der auf einen Arzt kommt, ein geringer; er wird durch die unverhältnissmässig hohe Aufnahmezahl aufgewogen. Nr. 2—5 sind Abtheilungen von Heil- und Pflegeanstalten mit verschieden grosser Aufnahme- und Entlassungszahl, Nr. 3 und 4 mit starker, Nr. 2 und 5 mit geringerer Betheiligung von Kranken der besseren Stände. Nr. 5 stellt zugleich den Übergang zu den Pflegeanstalten, z. B. das Verhältniss einer Aufnahmestation derselben dar und Nr. 6 und 7 zeigen die Verhältnisse an reinen Pflegeanstalten; es können darunter auch von colonialen Anstalten die Arbeiterabtheilungen, welche keine frischen Aufnahmen haben, sondern nur Kranke aus den andern Theilen der Anstalt übernehmen, verstanden werden. Die Aufstellung in unsrer Tabelle kann übrigens noch durch eine Reihe weiterer Beispiele aus andern Anstalten, die sich als Zwischenglieder zwischen unsern Zahlen einstellen würden, bereichert werden.

Ausser der einer Aerztekraft entsprechenden, aus den 4 Componenten zusammengesetzten Zahl von 180 geht aus der Tabelle aber auch hervor, dass keinem dieser Momente allein, weder dem Krankenstand, noch der Aufnahmezahl, noch der Zahl der Kranken besserer Stände, noch der Zahl der geheilt oder gebessert in die Freiheit Entlassenen (den frischen, heilbaren Fällen entsprechend) eine bestimmende Rolle zukommt, sondern dass es thatsächlich auf die Summe aller ankommt. Ebenso lässt sich daran zeigen, dass ein jeder der Componenten sich in beliebiger Variation, seinem Werth entsprechend, durch einen der andern ersetzen lässt, wenn nur die Gesammtsumme die gleiche (180) bleibt; so ein Theil des Krankenstands durch eine gleiche Zahl von Neuaufnahmen, durch eine Anzahl Kranker besserer Stände oder durch das Moment der heilbaren Fälle und andere Combinationen mehr. Des Weiteren tritt aus unsrer Aufstellung mit Deutlichkeit zu Tage, von wie ausserordentlicher Verschiedenheit die einzelnen 4 Positionen, die zusammen einer Aerztekraft gleichkommen, in ihrer Grösse unter sich bei den verschiedenen Combinirungen sein können und wie keiner einzigen eine ein für allemal bestimmte Grösse zukommt. So sehen wir allein an unsern Beispielen, wie z. B. der Krankenstand innerhalb des einer ärztlichen Thätigkeit voll entsprechenden Geschäftskreises schwanken kann zwischen 20 und 160, je nachdem die Aufnahmezahl, die Zahl acuter Fälle oder die Zahl der Kranken besserer Stände auf der betreffenden Abtheilung grösser oder kleiner sind. Die Aufnahmezahl einer ärztlichen Abtheilung schwankt ihrerseits in unsrer Aufstellung zwischen 10 und 80 je nach der verschiedenen Grösse der übrigen 3 Factoren, ebenso die Zahl der Gesammtverpflegten einer Abtheilung (a + b) zwischen 70 und 170, je nachdem viel oder wenig Entlassungen oder Kranke besserer Stände gezählt werden.

Die Zahl der Kranken besserer Stände selbst unter a und b zusammen kann in unsren Beispielen von Null bis 80 betragen. Für die geheilt oder gebessert Entlassenen einer Abtheilung (dem Moment der acuteren Kranken unter den Gesammtverpflegten entsprechend) sehen wir in unsrer Aufstellung eine Ziffer zwischen 10 und 45, auf eine Abtheilung bezogen, eingestellt. Innerhalb dieser Grenzen können sich die einzelnen Componenten gegenseitig ersetzen.



Je grösser der eine derselben in einer Reihe vertreten ist, desto geringer müssen jeweils die andern (einzeln oder insgesammt) ausfallen. Je grösser z. B. der Krankenstand, desto weniger Aufnahmen, desto weniger Kranke besserer Stände und Entlassungen kann die Abtheilung zählen, und umgekehrt je mehr Aufnahmen, je mehr frische Fälle darunter und je mehr Kranke der besseren Stände eine Anstalt hat, desto kleiner müssen die Abtheilungen der Aerzte an Krankenstand sein. Man sieht daraus, dass es feste Grenzen unter zu Hilfenahme nur eines dieser Factoren, wie es seither üblich war, z. B. dass auf 100 Kranke der Anstalt ein Arzt oder auch dass auf 40 jährliche Aufnahmen ein Arzt gerechnet werde, nicht giebt, da hierdurch eine zu ungleichmässige und den wirklichen Verhältnissen oft entgegengesetzte Vertheilung der ärztlichen Kräfte zustande kommen müsste. So würde z. B. darnach eine Anstalt von 500 Kranken, 400 jährlichen Aufnahmen (meist acuter Fälle) und vielen Kranken besserer Stände mit Bezug auf den Krankenstand allein 5 Aerzte erhalten, während eine Anstalt von 1000 chronischen Kranken, 200 Aufnahmen im Jahr und wenig Patienten besserer Stände 10 Aerzte bekäme. In Wirklichkeit erfordert aber die erstere Anstalt mindestens ebensoviel ärztliche Arbeit und ärztliche Kräfte als die zweite. Nach der Aufnahmezahl allein gerechnet, würde aber die erste Anstalt, wenn auf 40 Aufnahmen ein Arzt kommen soll, 400 : 40 = 10 Aerzte, die zweite 200 : 40 = 5 Aerzte erhalten, was wieder nicht dem wirklichen Bedürfniss entspräche. Eine Berücksichtigung beider Momente in ihrer Summe (a + b) würde die Sache schon besser und richtiger gestalten. Wenn wir aber auch unsrerseits unter unsern 4 Componenten ebenfalls den Krankenstand und die Aufnahmeanzahl für unsre Berechnung als die zwei wichtigsten anerkennen, so darf man darüber doch die beiden andern, das Moment der Aufnahmen acuter Fälle und der Zahl von Kranken besserer Stände nicht ganz vernachlässigen, da dieselben das Gesammtbild wesentlich abzuändern imstande sind. Um hier etwas schon Gesagtes zu wiederholen, ist es z. B. ein grosser Unterschied in der ärztlichen Arbeit, ob die Aufnahmen einer Anstalt (Pflegeanstalt) nur Transferirungen chronischer Kranken aus einer andern Anstalt (Heilanstalt oder Klinik) betreffen oder ob eine Anstalt nur acute Fälle aus dem offenen Lande aufnimmt.

Man wird deshalb von dem bisherigen, etwas einseitigen Modus der Aerzteberechnung, der nur einen oder den andern Faktor in Betracht zieht, zurückkommen und zu unsrem neuen Modus, der auf alle 4 Componenten und zwar in ihrer Summe, auf die allein es ankommt, Bedacht nimmt, übergehen müssen. Von den Beispielen unsrer Zusammenstellung entspricht, während in Nr. 3 auf 100 Kranke 2 Aerzte verlangt werden, nur eines (Nr. 5) den seitherigen Anforderungen mit der Zahl 100 des Krankenstands und 40 jährlichen Aufnahmen. Dieses Beispiel einer ärztlichen Abtheilung, das wohl am häufigsten, eventuell mit geringeren Modificationen, in Wirklichkeit an Anstalten zu treffen sein wird, wird darum auch an sich am ehesten als Ausdruck eines ärztlichen Thätigkeitskreises Geltung haben oder gewinnen. Auch uns erscheint dasselbe als das wichtigste, weil einfachste und klarste; wird aber dieses eine anerkannt, so müssen auch die aus ihm ableitbaren Beispiele ihre Richtigkeit haben. Dasselbe hat nun nach unsrer Auffassung nur dann seine Berechtigung, wenn die beiden andern Faktoren (f und g)eine Summe von 40 ausmachen (in unsrem Falle 20 + 20). Im übrigen liesse sich dasselbe Beispiel eines Krankenstandes von 100 noch variiren je nach der Gestaltung der 3 übrigen Faktoren b, f und g, es können mehr Aufnahmen und weniger Kranke besserer Stände oder umgekehrt eingeschaltet werden, oder die Zahl der Entlassungen kann eine andere sein, z. B. 100 + (b =) 50 + (f =) 0 + (g =) 30, zusammen = 180; oder 100 + (b =) 20 + (f =) 50 + (g =) 10, zusammen = 180 etc.

Um nun zu unsrem Endziel, der Bestimmung der vollen Aerztezahl an einer beliebigen Anstalt zu kommen, erübrigt ein sehr einfaches, sich aus dem Vorhergehenden von selbst ergebendes Verfahren. Wir haben einfach an jeder Anstalt aus ihrem statistischen Material die Summe zu bilden aus 1. dem Krankenbestande, 2. der jährlichen Aufnahmezahl, 3. der Zahl der in 1 und 2 enthaltenen Kranken besserer Stände (der II. und I. und eventuell der noch höheren Verpflegungsklasse), 4. der Zahl der geheilt oder gebessert in die Freiheit Entlassenen. Diese Summe, die die Gesammtheit der ärztlichen Arbeit an einer Anstalt in nuce versinnbildlicht, wäre dann einfach zu theilen durch die nach unsrer Berechnung gewonnenen Zahl 180, welche ja ein zahlenmässiger Ausdruck der einem Arzte aufzuerlegenden Arbeit ist. Die sich durch die Theilung ergebende Zahl ist die Anzahl der für die betreffende Anstalt nöthigen Aerzte. Ein Bruchtheil über 0,5 wird wohl hierbei als ganze Einheit zu nehmen sein, ein geringerer Bruchtheil als 0,5 wird unberücksichtigt bleiben können. Nach dieser Berechnung würde, um unsre obigen beiden Beispiele festzuhalten, eine Anstalt, die vorwiegend Heilanstalt ist, bei einem Krankenstand von 500, einer Aufnahmezahl von 400, einer Zahl von



Kranken besserer Stände von zusammen 300 und einer Entlassungsziffer in unsrem Sinne von 300, eine Aerztezahl von (500 + 400 + 300 + 300 =) 1500 : 180 = 8,3 = 8 Aerzte beanspruchen dürfen, während eine Pflegeanstalt von 1000 Kranken, 200 Aufnahmen, 100 Kranken besserer Stände und 80 Entlassungen mit einer Zahl von (1000 + 200 + 100 + 80 =) 1380 : 180 = 7,66, also ebenfalls 8 Aerzten auskommen würde. Auf diese Art wird wohl die Berechnung auf beiderlei Verhältnisse zutreffen und eine gerechte Vertheilung der Aerzte ergeben.

In welcher Weise dann die einzelnen Aerzte einer Anstalt auf den verschiedenen Abtheilungsgebieten zu vertheilen sind, ob ein Jeder als selbständiger Arzt fungiren soll, oder ob einem älteren Arzt ein oder zwei jüngere Aerzte unterstellt werden, all das soll dem Ermessen des einzelnen Directors überlassen bleiben, ebenso inwieweit Volontärärzte herangezogen und wie sie beschäftigt werden sollen. Sehr viel wird auch auf die einzelnen Persönlichkeiten der Aerzte und deren Leistungsfähigkeit, deren Bewerthung ebenfalls nur dem Director zufallen kann, ankommen. Hier soll ansschliesslich von den allgemeinen Gesichtspunkten der Frage die Rede sein. Wir möchten nur nochmals betonen, dass uns das aus obiger Zusammenstellung gewonnene Maass die volle Arbeitskraft eines Anstaltsarztes, soweit sie für den Anstaltsdienst ohne Ueberlastung der einzelnen Kraft herangezogen werden kann, darstellt. Jeder Arzt wird dabei genügende Zeit zu seiner Erholung, aber auch zur Bethätigung wissenschaftlicher Bestrebungen finden. Beides sind für eine befriedigende Wirksamkeit und für die Erhaltung der Arbeitsfreudigkeit unter den Aerzten gleich wichtige Momente. Bei unsrer verhältnissmässig jungen und noch lückenhaften Wissenschaft halten wir es überdies für ein wichtiges und unumgängliches Gebot, dass das umfangreiche und interessante Krankenmaterial der grossen Anstalten in viel reicherem Maasse als seither wissenschaftliche Verarbeitung und Verwerthung bald nach dieser, bald nach jener Richtung finde. All das ist aber nur erreichbar bei einer reichlichen Bemessung der Aerztezahl an den Anstalten.

Dem hier hervorgehobenen Momente wohnt unsrer Ansicht nach ein so hoher innerer Werth inne, dass es auch von Seite der Regierungen im weitesten Maasse berücksichtigt zu werden verdient. Kommt doch die Förderung der wissenschaftlichen Erkenntniss der Geisteskrankheiten nicht nur dem einzelnen Kranken und der Gesammtheit der Kranken, sondern damit auch indirect der socialen Wohlfahrt des Volkes und dem Gesammtinteresse des Staates selbst zu Gute.

Stellt nun die Zahl 180 unsrer Tabelle das volle Maass **einer** Aerztekraft dar, so ergiebt sich ebenso zwingend, dass die nach unsrer Berechnung für eine Anstalt gewonnene Aerztezahl nur die absolut nothwendige Zahl derselben anzeigen kann. Wir wollen aber in keiner Weise Bestrebungen im Wege sein, welche eventuell über diese nothwendige Zahl hinaus noch da und dort ein und die andere Aerztestelle creiren wollen. Gerade wo eine lebhafte wissenschaftliche Thätigkeit erblühen soll, kann es wünschenswerth erscheinen, dass ein und der andere Anstaltsarzt, der sich mit einer grösseren Arbeit intensiv beschäftigen will, in seinem Dienste zeitweise mehr oder weniger durch andere Kräfte erleichtert oder ersetzt wird. Hier können dann Volontärärzte, sofern sie unter der Leitung und Verantwortung erfahrenerer Aerzte auf den Abtheilungen Dienst thun, zur Aushilfe und zur Abnahme bestimmter Geschäfte sehr am Platze sein. Ueberhaupt können wir das Institut der Volontärärzte, insofern damit jährlich ihren Inhaber wechselnde Stellen mit geringer Dotirung (600—900 Mk. pro Jahr und freier Station) verstanden sind, nur warm befürworten. Als Vorschule für spätere staatliche Sanitätsbeamte und Bezirksärzte ist diese einjährige irrenärztliche Thätigkeit eine durchaus nöthige und geradezu durch nichts Anderes ersetzbare Einrichtung, wie wir schon früher an andrer Stelle ausführlich erörtert haben.

Wir sind nun nach diesen unsren Darlegungen durchaus nicht so kühn zu glauben, dass unsre Art der Berechnung der Aerztezahl einfach allgemeine Annahme finden werde. Das wird schliesslich jede Anstalt für sich abmachen wollen, wie sie den ärztlichen Dienst im Einzeln regeln und in welcher Höhe sie die einzelnen Factoren bewerthen will. Wir begnügen uns damit gezeigt zu haben, auf welche hauptsächlichen und massgebenden Momente es in unsrer Frage ankommt und wie dieselben zu einer allgemeinen Formel zusammengefasst werden können. Ob dabei Jedermann gerade auf die Zahl 180 als Ausdruck einer irrenärztlichen Kraft sich einschwört, ist schliesslich Nebensache; es kann auch eine etwas geringere oder höhere Zahl herausgerechnet werden; viel verschieden wird sie indess, wie wir uns überzeugt halten, nicht ausfallen. Für eine richtige Bemessung der Aerztezahl einer Anstalt scheint uns aber immerhin der von uns eingeschlagene Weg in den Grundzügen, d. h. in der Würdigung der vier erwähnten Hauptcomponenten eine allgemeinere Geltung und Gangbarkeit beanspruchen zu dürfen.

Von grossem Interesse und für die Erzielung einer Klärung der Ansichten über unsern Punkt wichtig wäre es, dass eine Zusammenstellung der Ansichten von



möglichst vielen Anstaltsdirectoren über die hier behandelte Frage und deren von uns angestrebte Lösung stattfände. Vielleicht ergäbe sich dann statt einer vielköpfigen Verschiedenheit, eine nur wenig bestrittene Uebereinstimmung der Ansichten über die gefundene Verhältnisszahl 180.

Mittheilungen.

— **X. ord. Sitzung des kön. Aerztevereins in Budapest,** am 17. Februar 1900.

Erfahrungen bezüglich der Decentralisation des ungarischen Irrenwesens.

Dr. K. Pándy berichtet über jene Thatsachen, welche er gelegentlich der Errichtung und in der Leitung der mit 320 Betten ausgestatteten Irrenabtheilung des allg. Krankenhauses zu Békés-Gyula in Erfahrung brachte.

In Kürze bespricht er die Entstehung des Institutes, die Baugeschichte desselben, erörtert die Lebensweise der Geisteskranken und die Gestaltung des ung. Irrenwesens, in den mit den allg. Krankenhäusern in Verbindung stehenden Irrenabtheilungen. — Erachtet es als wünschenswerth, dass bei der Aufnahme eines jeden Geisteskranken behufs Constatierung der Personidentität die obligative photographische Aufnahme desselben eingeführt werde. — Beanstandet, dass die leitenden Aerzte der Irrenabtheilungen in den allg. Krankenhäusern auf die Privatpraxis angewiesen, ihre Thätigkeit nicht dem eigentlichen Wohle ihrer Kranken widmen können; wodurch insbesonders die Führung der Krankengeschichte und die faktische Beurtheilung des jeweiligen Krankheitszustandes leiden.

Hält es für unzweckmässig, dass die Irrenhäuser und die Abtheilungen der allg. Krankenhäuser auf gemeinsamen Boden errichtet werden, indem hierdurch die Geisteskranken besonders einer luetischen und trachomatösen Infection ausgesetzt werden. —

Die Rechtswahrung der Geisteskranken ist in den allg. Krankenhäusern nicht gehörig geschützt; die Nothwendigkeit der Unterbringung in die Irrenabtheilung wird behördlicherseits nie constatiert, obwohl das Gesetz dies klar vorschreibt; dem Zwecke entsprechend wäre es, wenn man in den Irrenabtheilungen die Bevormundung erst auf Grund der gerichtlichen Sachverständigen einleiten würde. Dem Geiste des Privat- und Strafrechtes widerlaufend ist es, dass man in den Irrenabtheilungen allg. Krankenhäuser geisteskranke Verbrecher im Widerspruche mit den Intentionen der justizministeriellen Verordnungen unterbringt.

Bezüglich der Finanzirung dieser Irrenabtheilungen betont Vortragender, dass die Errichtung derselben ohne Baargeld durchgeführt werden kann, indem, nach Erlang der Baubewilligung, die Amortisationsanleihe durch die vom Staate entrichteten Pflegegelder getilgt wird.

Ein über den präliminirten Stand aufgenommener Kranke wirft den Krankenhäusern einen jährlichen Reingewinn von 400 Kronen ab; — in einer mit 300 Kranken bevölkerten Abtheilung wird in Folge einer Ersparung von täglichen 2 Hellern ein jährlicher Nutzen von 2000 Kronen erzielt. Dieser jährlich auf mehrmals 20000 Kronen sich belaufende Nutzen geht für das ung. Irrenwesen gänzlich verloren; er wird durch die kostspielige Wirthschaft der allg. Krankenhäuser konsumiert und bereichert die Privatunternehmungen. — Er erweist, dass die Geschäftsführung mit einer selbstständigen Administration billiger und besser zu stehen kommt.

Endlich entwickelt er jene Prinzipien, für welche man hinsichtlich der Decentralisation des ung. Irrenwesens die Lanze brechen kann.

1. Beruft sich auf den Umstand, wonach die neuen Irrenhäuser das Staatsbudget nicht belasten, sondern von den durch die Munizipien aufgenommenen Anleihen sicher gestellt, nach den der Psychiatrie seit mehr als ein halbes Jahrhundert gut zu Statten kommenden Prinzipien auch selbstständig errichtet werden können.

2. Anerkennt, dass die Zahl der ung. Psychiater gering sei; jedoch in den Irrenabtheilungen der allg. Krankenhäuser verlieren wir auch jene Kräfte, welche wir bereits besitzen.

3. Die Ueberfüllung der staatlichen Institute begründet nicht die Erweiterung der Irrenabtheilungen in den allg. Krankenhäusern, weil in demselben Zeitraume und mit eben so viel Kostenaufwande man ein selbstständiges, grosses Munizipial- oder Staatsirrenhaus hätte bauen können.

4. Jene Behauptung, dass man in derartigen Irrenabtheilungen die auf billigere Beköstigung und mindere ärztliche Behandlung angewiesenen Kranken auswählt und hiermit derartige Abtheilungen berechtigt wären, ist deshalb nicht stichhaltig, weil erstens das Prinzip der Auswahl darin besteht, dass jedes Institut ihre unbequemlichsten Kranken der Provinz zuschickt; weil zweitens unerwartete und sich verzögernde Heilung immer vorkommt (Alt); weil drittens eine derartige Vertheilung der Kranken das koloniale Irrenwesen in Ungarn gefährdet.

Hinsichtsich der Decentralisation sind sehr characteristisch die Worte des grossen Psychiaters Esquirol, welcher in seiner im Jahre 1817 an den französischen Minister des Innern gerichteten Denkschrift folgendes sagte: „Donc en consacrant des sections particulières dans les établissements de charité, il en résultera des inconvénients si graves, que les veux bien faisantes des administrations locales et du gouvernement en faveur de ces malheureux ne seront point remplis, les espérances des familles seront déçues."

Dr. Ernest Jendrassik: Mit Freuden ersieht er aus dem Elaborate des Vortragenden, dass das Irrenhaus zu Békés-Gpula sich in guten Händen befindet. Vortragender führt an, dass die Krankengeschichte in den Privatirrenhäusern nicht so pünktlich geführt werden, wie in den staatlichen; rücksichtlich dieses bemerkt Redner, dass obzwar er die grosse Wichtigkeit dieser Krankengeschichten anerkennt, dennoch dies in

der unter seiner Leitung gestandenen Irrenabtheilung der „Barmherzigen“ in Folge der Localverhältnisse und Mangels an Personal nicht systematisch durchführbar war; grösstentheils waren es Bosniaken, mit denen überhaupt nicht verkehrt werden konnte. Bei solchen Aufzeichnungen wäre es von grösserer Wichtigkeit, wenn der Gerichtshof, falls er selber Sträflinge zur Beobachtung anweist, die Thatsachen ex officio konstatieren und, wie dies in der Praxis geschieht, nach mangelhafter Feststellung des Geisteszustandes, die Eruirung der ganzen Sache nicht unterlassen würde. In solchen Fällen ist der Psychiater an die Aussagen des Kranken gebunden und kann in den meisten Fällen den Zustand des Kranken nicht mit der gehörigen Gründlichkeit beurtheilen. Redner erblickt in einem Punkte des Vortrages eine sehr gefährliche Erscheinung. Vortragender hat nämlich nachgewiesen, welche Geldsummen das Spital an jedem Kranken ersparen könnte, betont auch noch, dass, bei der täglichen Beköstigung eines jeden einzelnen Kranken nur 2 Heller ersparend, jährlich ein Ueberschuss von 2000 Kronen erzielt wird. Wenn Esquirol es unterliess auszusprechen, so wäre es wünschenswerth, dass der Minister des Innern obligatorisch ausspreche, dass die Verpflegungskosten der Geisteskranken bis zum letzten Heller zu diesem Zwecke verwendet werden müssten; eine herzlose Denkweise ist es, wenn aus der Beköstigung dieser Unglücklichen Kapitalien für andere Zwecke erschafft werden. Nicht nur die Beköstigung muss möglichst gut sein, sondern Pflicht der Gesellschaft ist es angesichts Jener, welche in Folge ihrer Uebel zur ewigen Gefangenschaft verdammt sind, auch angemessene geistige Nahrung zuzuführen.

Dr. K. Pándy: Stimmt mit dem Vorredner in Allem überein. Die Gewinnsucht an den Geisteskranken verkürzt den Staat, weil sie die Staatsausgaben vermehrt, die Lasten des aus der Nachtragssteuer gedeckten Kranken-Verpflegsfonds vermindert und die Besitzer von Privatanstalten bereichert. Das ung. Irrenwesen kann nur derart gedeihen, wenn man, wie es in Russland und anderswo geschehen ist und überall geschehen wird, in erster Linie finanziell die allg. Krankenhäuser und die Irrenanstalten von einander trennt.

— Der ostpreussische Provinzial-Landtag beschloss am 3. d. M. in der Idiotenanstalt zu Rastenburg 100 neue Provinzialstellen einzurichten, desgleichen 50 neue Provinzialstellen in der Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische zu Karlshof.

— **Göppingen.** Die Typhusepidemie in der Dr. Landerer'schen Privatirrenanstalt ist im Rückgang begriffen. Von den bisher Erkrankten — ca. 130 — sind 27 gestorben (26 Geisteskranke und 1 Pfleger). Gegenwärtig liegen noch ca. 36 darnieder. Als Ursache der Epidemie soll Verunreinigung des Küchenschachts durch verjauchtes Bodenwasser angenommen worden sein.

— Stadtasyl für Gemüthskranke. Das Kollegium der Münchener Gemeindebevollmächtigten berieth am 7. d. Mts. in einer ausserordentlichen Sitzung über Errichtung eines Stadtasyls für Gemüthskranke. Der Beschluss des Magistrats, wonach auf dem Areal des Krankenhauses l. d. J. das erwähnte Stadtasyl zu errichten ist, wurde angenommen, ebenso wurde beschlossen, dem Orden der Barmherzigen Schwestern, der das gegen die Goethestrasse zu gelegene Oekonomiegebäude verlegen muss, eine Entschädigung von 40,000 Mk. zu gewähren. (Münch. Allg. Ztg.)

Bücherschau.

American Journal of Insanity. Jan. 1900.

Wie stets, enthält auch die vorliegende Nummer dieser ausgezeichneten Fachschrift eine Fülle werthvollen, anregenden Materials. Mit Recht ist vorangestellt:

H. Nichols: Rinden-Functionen und Psychologie. Unter Berücksichtigung der Flechsig'schen, Külpe'schen u. a. Untersuchungen bespricht Vf. die noch unbekannte Bedeutung von $^2/_3$ des Cortex, namentlich das Problem der „Fusion“. Alle Theile des cortex, sagt er, sind sowohl sensorisch als motorisch, haben specifische Energien und sind „bewusst“. Verfasser erwartet wenig von der Art, wie jetzt wissenschaftliche Psychologie behandelt wird, die doch die Erkenntniss des Zusammenhangs von Seele und Leib erschliessen soll, aber viel von Psychiatrie und Psychiatern.

G. W. Foster: Gemeinsame Züge bei Neurasthenie und Geistesstörung; ihre gemeinschaftliche Basis und Behandlung, bringt mit einer deutscher ganz und gar nicht nachstehenden Gründlichkeit die Auffassungen der Autoren und die eigne. Verfasser empfiehlt besondere Hospitäler bei N., Bettlage und individualisirende Kaltwassercuren.

Ausser Berichten aus Vereinen, Besprechungen, Anzeigen neuer Erscheinungen enthält das Heft noch:

A. Ward: Differentielle Diagnose zwischen paretischen und pseudo-paretischen Zuständen;
Neff u. Klingmann: Eine spec. Form von multipler Cer.-spin. Sclerose.
Ostrander: Colonial-System.
Berkley: Allg. Pathologie der Geistesstörungen.
Jenks: Zahldifferenzen bz. weisser Blutkörperchen bei Allg. Paralyse.
Rowe: Ein interessanter Ueberblick über das, was die Arbeit chron. Geisteskranker aus dem sterilen Boden des 1889 eröffneten Asyls in Centr. Islip, Long Island, gemacht habe.
Berkley: Ein Fall von transitorischer Geistesstörung nach schwerem Kummer. H. Kornfeld.

Personalnachricht.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaktion wird gebeten.)

Fräulein Dr. med. Eleonore Fitschen wurde als Assistenzärztin an der Irrenanstalt Burghölzli bei Zürich angestellt.

Zur Rezension eingegangen für die Leser der Wochenschrift:

Dühren: Der Marquis de Sade und seine Zeit.
Löwenfeld: Somnambulismus und Spiritismus.
G. v. Welsenburg: Das Versehen der Frauen in Vergangenheit und Gegenwart.
Bericht über d. lothring. Bezirksirrenanstalt bei Saargemünd mit bes. Berücksichtigung der letzten 10 Jahre (enthält 4 interessante Abhandlungen).

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 50. 10. März **1900.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Eigene Zimmer für das Pflegepersonal.

Von Dr. *L. Scholz*, Waldbröl.

Unter den Sätzen des Referates zur Wärterfrage, wie sie von der Versammlung des südwestdeutschen psychiatrischen Vereins in Karlsruhe am 10. November 1895 angenommen worden sind, heisst es: „Die Anlage besonderer Wärterzimmer empfiehlt sich nicht." In der Diskussion sprach nur Fürstner gegen diese These, Ganser und Tuczek befürworteten sie. Fürstner ist ausserdem in seiner bekannten Schrift „Wie ist die Fürsorge usw." für die Schaffung von Einzelwärterzimmern eingetreten, ebenso einige Jahre früher mein Vater in seiner „Reform der Irrenpflege". Der Verein deutscher Irrenärzte hat sich in seiner Jahressitzung zu Heidelberg (1897), wo die Wärterfrage diskutirt wurde, nicht weiter mit dieser Specialfrage beschäftigt.

Ich halte es für werth, dem Thema eine kleine Betrachtung zu widmen. Wir Irrenärzte sind alle darüber einig, dass die Wärterfrage noch keineswegs gelöst ist, und wissen, dass die Schaffung gesunder Verhältnisse nur zum geringeren Theil von uns selber, zum grösseren von Faktoren abhängig ist, die ausser unserer Macht liegen. Um so mehr haben wir es nöthig, dort Hand anzulegen, wo es in unseren Kräften steht. Die günstige Rückwirkung auf die Kranken bleibt niemals aus.

Soweit mir bekannt, giebt es noch heute Anstalten, wo dem Pflegepersonal noch nicht einmal ein gemeinsamer Erholungsraum zur Verfügung steht, wo also der Pfleger nur die Wahl hat, seine dienstfreie Zeit entweder in den Krankenräumen oder ausserhalb der Anstalt zuzubringen. Hat er draussen keine Freunde, die er aufsuchen kann, so geht sein Weg natürlich, zumal bei schlechtem Wetter, in die Kneipe. Dass solche Zustände ganz ungesund sind, liegt auf der Hand und ich brauche nicht weiter darauf einzugehen.

Der gemeinsame Erholungsraum ist gewiss für das Personal eine grosse Annehmlichkeit. Ist er ruhig gelegen, freundlich ausgestattet, besitzt er kleine Bibliothek und bietet er Gelegenheit zum Schreiben, so kann er wohl als buen retiro dienen. Aber nach meiner Ansicht genügt er nicht. In dem Pfleger lebt wie in jedem Menschen der Wunsch, etwas sein eigen nennen zu können, ein kleines Plätzchen, das nur ihm gehört oder das er höchstens mit einigen wenigen Gefährten zu theilen hat. Nimmt man darauf nicht Rücksicht, so entsteht in ihm das Gefühl, gleichsam nur einer unter vielen, eine Zahl unter Zahlen zu sein. Das hat immer etwas Deprimirendes, denn man nimmt ihm dadurch sozusagen ein Stück seiner Persönlichkeit und Selbstständigkeit. Sieht er aber, dass er in dem grossen Anstaltsbetriebe nicht ganz und gar verschwindet, sondern dass auch für ihn allein, gleichsam als einzelnen Menschen, gesorgt ist, so stimmt ihn das zufriedener und dienstwilliger.

Auch der Sinn für Häuslichkeit als eines der wirksamsten erziehlichen Mittel wird, besonders bei



den Pflegerinnen, durch das Wohnen in besonderen Zimmern geweckt oder lebendig erhalten. Wer einmal in unsrer Anstalt die kleinen, für zwei bis drei Pfleger oder Pflegerinnen bestimmten Zimmer sieht, weiss, was ich meine. Da ist wenig genug, was die Anstalt zur Austattung gegeben hat: für jeden ein Bett, einen Schrank, dann einen gemeinsamen Waschtisch mit Ausziehfächern, ein Tischchen und ein paar Stühle. Und doch, was wird aus dem einfachen Raume gemacht! Namentlich die Pflegerinnen wetteifern, ihn recht hübsch auszustaffieren mit Blumen, Bildern, kleinen Handarbeiten und sind stolz, wenn er so recht wohnlich geworden ist. Wie viel lieber dann diese Zimmer zur Erholung benutzt werden als der gemeinsame Raum, kann ich hier so recht wahrnehmen: trotzdem dieser (wenigstens auf der Frauenseite) sehr bequem und ruhig liegt und hübsch behaglich eingerichtet ist, findet er unter dem dienstfreien Personal wenig Liebhaber. Der Pfleger hält sich doch am liebsten dort auf, wo sich seine Habseligkeiten befinden, wo er sich allein und ungestört beschäftigen oder, wenn ihm dies angenehmer ist, ein Extraschläfchen nehmen kann. Auch liegt ihm hier alles bequemer zur Hand, wenn er seine Kleidung und Wäsche ausbessern muss. Und hat nicht ferner ein Jeder seine kleinen Geheimnisse, die er gern vor andern verbirgt?

Wenn ich somit die Pflegerzimmer mindestens als wünschenswerth betrachte, so scheinen sie mir in Krankheitsfällen fast eine Nothwendigkeit zu sein. Mag die Erkrankung eines Pflegers noch so leicht sein, eine Zumuthung ist es doch für ihn, seine bisherige Lagerstätte unter den Geisteskranken beibehalten zu müssen, wie es in manchen Anstalten geschieht. Hier sollte man ihm in jedem Falle die Annehmlichkeit eines besonderen Krankenzimmers gewähren.

Warum eigentlich sträubt man sich gegen die Einrichtung solcher Pflegerzimmer, die doch in den Krankenhäusern, selbst in den Militärlazareths, etwas ganz Selbstverständliches sind? Zunächst wohl deshalb, weil man es für nothwendig hält, die Pfleger bei den Kranken schlafen zu lassen. Und warum hält man es für nothwendig? Ja, wenn ich ehrlich sein soll, ich weiss es nicht! Mein Vater sagt in seiner „Reform der Irrenpflege“ (S. 67.): „Was sollen sie da? Sollen sie schlafen, so gewähre man ihnen doch die Wohlthat einer ungestörten Schlafstätte und einer angst- und verantwortungsfreien Ruhe. Sollen sie aber auf die Kranken aufpassen, so darf man sie nicht schlafen lassen.“ Wenn man die Kollegen fragt, wie sie sich die nächtliche Aufgabe des Personals denken, ob der Pfleger zu schlafen oder zu wachen habe, denn beides zusammen sei doch nicht möglich, so erhält man wohl die Antwort: Es müsse doch jemand zur Hand sein, wenn etwas passiere! Leider merkt nur der tiefschlafende Pfleger nicht, wenn etwas passiert; er merkt es manchmal so wenig, dass, wie auch Fürstner berichtet, Schlüsseldiebstähle, selbst unter dem Kopfkissen weg, keine Seltenheit sind. Man kann doch nicht leichten Schlaf zur Bedingung der Anstellung machen. Und selbst wenn das ginge, so stelle sich der Arzt einmal vor, was es heisst, das Gefühl der Verantwortlichkeit (und wahrlich keiner geringen) Abends mit in's Bett zu nehmen! Ich glaube sicher, dass er eine solche Zumuthung, wenn man sie von ihm verlangte, zurückweisen würde. Am Tage Arbeit, Nachts Erholung und Ruhe! Versetze er sich in die Lage eines neueingetretenen Pflegers, der noch gar keine Ahnung von dem Wesen der Geisteskranken hat; ich meine, es kostet doch ein gutes Stück Ueberwindung, sich in solcher Umgebung zur „Ruhe“ zu legen. Ueber die Gefahren, denen das Personal dabei ausgesetzt ist, will ich gar nicht einmal reden, da ernstere Unfälle glücklicherweise sehr selten sind, aber wer es einmal erlebt hat, dass eine Kranke Nachts die bei ihr schlafende Pflegerin erschlug, der vergisst es sein Lebtag nicht.

Neurasthenische und psychische Erkrankungen sind unter dem Pflegepersonal wahrlich nichts Seltenes. Warum also ein System beibehalten, das sie begünstigt, das u. a. gefährlich und dabei so gut wie zwecklos ist? Alle irgendwie unsicheren Kranken gehören auch Nachts unter Aufsicht und dazu sind wache, nicht aber schlafende Pfleger da; die übrigen mögen unter sich bleiben, wie es auch in den Krankenanstalten der Fall ist. Die Gefahr, in der Auswahl dieser Kranken einen Missgriff zu machen, ist nicht grösser, als die Gefahr überhaupt, die in der Ertheilung gewisser Freiheiten liegt. Ich habe bisher noch keinen Unfall aus diesem System herzuleiten gehabt, ebensowenig wie mein Vater, der es — in so vielen Reformen ein Bahnbrecher! — schon vor 25 Jahren durchgeführt hat. Findet man aber, wenn nun doch ausnahmsweise ein Unglück vorgekommen ist, eine Beruhigung in dem Gedanken, es habe ja ein Pfleger bei den Kranken geschlafen, so gönne ich gewiss jedem diesen Trost. Mir scheint aber eine halbe Massregel in solchem Falle eben so wenig oder eben so viel zu taugen wie gar keine und, sollte wirklich die Behörde gegebenen Falls Grund zu einem Einschreiten zu haben glauben, so wird ihr der Einwand, dass ein Pfleger bei den Kranken „geschlafen“ habe, wahrscheinlich ziemlich gleichgültig sein. Dass natürlich für die Kranken die Möglichkeit vorhanden sein muss, Nachts



einen Pfleger zu wecken oder die Nachtwache herbeizurufen, ist selbstverständlich. Das aber lässt sich auch bewerkstelligen, ohne dass der Pfleger in demselben Raume wie die Kranken schläft.

Tuczek giebt an, er habe „viel Uebles von Einzelwärterzimmern an Contrebande, Störung der Hausordnung usw.“ gesehen. Aus den zwei Anstalten in Bremen und Waldbröl, über die ich urtheilen kann, vermag ich das nicht zu bestätigen. Hin und wieder eine Ausschreitung, — gewiss! Aber mehr auch nicht. Es ist eben keine Einrichtung in der Welt vollkommen. Was die Contrebande betrifft (übrigens welche?), so ist sie immer möglich, so lange die Pfleger Schränke oder eigene Koffer haben, wo sie die Sachen verbergen können. Die Schränke aber mag ich ohne dringenden Verdacht nicht untersuchen, denn das sieht zu sehr nach Kaserne aus. Die Zimmer werden natürlich regelmässig controllirt (durch das Oberpflegepersonal), und damit ist ihrer unerlaubten Benutzung, sowie Störungen der Hausordnung ein Riegel vorgeschoben. Uebrigens hat die Einrichtung besonderer Zimmer auch das Gute an sich, dass man mit der Hausordnung nicht gar so streng zu sein braucht. Abends um neun, wenn die Kranken zu Bett sind (z. T. auch schon früher), dürfen sich die Pfleger in ihre Zimmer zurückziehen. Meist sind sie dann so müde, dass sie schon bald zu Bett gehen. Will aber doch der eine oder andere noch ein Stündchen aufbleiben, so mag er es ruhig thun, auch wenn das Licht in seinem Zimmer länger brennen bleibt, als es die Hausordnung gestattet. So lange keine Ausschreitungen, kein Lärm und keine Zechereien vorkommen (und alles dies ist durch Controlle sehr leicht zu verhindern und auch thatsächlich mir nie bekannt geworden), so lange meine ich, darf man ruhig einige Concessionen machen. Im Dienste die Zügel straff, dann kann man sie ausserdienstlich gern einmal lockerer lassen! Solch kleine Freiheiten, die man gewährt, erhalten die Zufriedenheit, — mehr vielleicht als der manchmal empfohlene freundschaftliche Verkehr des Arztes mit dem Personal, der den ungebildeten Pfleger häufig nur genirt und verlegen macht.

Paetz spricht sich gegen besondere Wärterzimmer aus, weil die Pfleger vor den Kranken nichts voraus haben sollen.*) Dieser Einwand mag noch am ersten dort berechtigt sein, wo die koloniale Verpflegung den Character einer Art von Familienpflege angenommen hat, wo also Pfleger und Kranke gemeinsam wohnen, arbeiten und essen. Aber selbst unter diesen Verhältnissen fühlt der Kranke den Unterschied zwischen seiner und des Pflegers Lage, den man verwischen möchte, deutlich durch. Man kann noch so sehr betonen, dass der Pfleger nicht der Vorgesetzte des Kranken sein soll, sondern eben sein „Pfleger“, — in die Praxis lässt sich dieser Grundsatz oft schwer genug umsetzen. Das schadet auch nichts, denn die Kranken, wenigstens die, von denen hier die Rede ist, protestiren im Grunde gar nicht gegen das Abhängigkeitsverhältniss; ja es ist manchmal im Interesse der Disciplin ganz gut, wenn zwischen Pflegern und Kranken auch äusserlich der Unterschied in etwas gewahrt bleibt. Jedenfalls sind in meinen Augen die Vortheile der Pflegerzimmer so gross, dass die erwähnten Rücksichten mich nicht bestimmen würden, auch in den Pavillons für arbeitende Kranke von dem Grundsatz der Trennung abzugehen.

Was nun die praktische Durchführung des Systems betrifft, so stösst sie auf keine ernstlichen Schwierigkeiten. Die Kranken gewöhnen sich merkwürdig rasch daran, ohne Personal zu schlafen. Die hiesigen 340 Kranken stammen fast alle aus den rheinischen Provinzial-Anstalten, wo man Pflegerzimmer so gut wie gar nicht kennt, und Unzuträglichkeiten haben sich trotzdem nicht herausgestellt, nicht einmal in den ersten Tagen nach der Versetzung. Unsre Einrichtung ist folgende. Männer- und Frauenseite bestehen aus je sechs Abtheilungen (ausser einem Arbeiterpavillon). Auf jeder Seite thun drei Nachtwachen Dienst, davon eine auf dem Wachsaal der Unruhigen und eine auf dem der Ruhigen. Diese Nachtwachen wechseln allmonatlich und sind den ganzen Tag über dienstfrei; auf dem Speicher befindet sich ein ruhiges Zimmer, wo sie am Tage schlafen. Die dritte Nachtwache patrouillirt alle Stunden durch die andern vier Abtheilungen und hält sich in der Zwischenzeit auf einem Saale auf, wo vorzugsweise unreinliche Kranke liegen, die sie versorgt. Diese Nachtwache wechselt täglich und setzt sich aus zwei Halbwachen zusammen; die Pfleger thun am nächsten Tage Dienst, doch wird ihnen, wenn irgend angängig, Mittags eine ein- bis zweistündige Erholungszeit gegeben. Schlaf- und Aufenthaltsräume der Kranken liegen nebeneinander und auf jeder Abtheilung ist ein Nebenraum für zwei bis drei Pfleger als Pflegerzimmer reservirt. Die Thüren sämmtlicher Schlafräume stehen Nachts offen, sodass die Kranken ohne Weiteres in den Aufenthaltsraum gelangen und die Pfleger aus ihren Zimmer rufen können, wenn es Noth thut.

Somit befinden sich etwa $^2/_6$ der Kranken beständig unter Aufsicht (Wachsäle mit Nebenräumen), ein weiteres Sechstel fast beständig (vorzugsweise Unreinliche) und die übrige Hälfte wird stündlich controllirt, hat aber auch in der Zwischenzeit Gelegenheit,

*) Kolonisirung der Geisteskranken. S. 151.



die Pfleger aus ihren Zimmern zu rufen (also ganz ähnlich wie in den Krankenanstalten). Ich gebe zu, dass die Centralisation unsrer im Blockstil gehaltenen Anstalt die Einrichtung des Nachtdienstes und damit die Anlage von Pflegerzimmern erleichtert, aber sie dürfte auch bei dem Pavillonsystem nicht schwer zu bewerkstelligen sein. Schwerer ist es, mit alten Gewohnheiten zu brechen, aber wenn man so recht eingesehen hat, welche Wohlthat damit dem Personal geschaffen wird und wie das indirekt auf den Kranken mitwirkt, dann gilt auch hier das Wort: Where is a will, there is a way.

Die Berechnung der Zahl der Aerzte für Irrenanstalten.

Von Oberarzt Dr. *Max Fischer*, Illenau.

Die Frage: auf wieviel Kranke in der Irrenanstalt ein Arzt kommen soll, hat in letzter Zeit sowohl an anderen Orten als auch in diesen Blättern mehrfach das Interesse der Irrenärzte beschäftigt. Sehr mit Recht; ist doch die Bestellung der Anstalt mit der richtigen Anzahl von Aerzten die erste Bedingung für die gedeihliche Wirksamkeit der einzelnen Aerzte wie der Anstalt selbst. Wird auch im Grunde die Entscheidung darüber im einzelnen Falle immer Sache des Direktors der betreffenden Anstalt bleiben, so hat es doch auch sein Gutes, an einer Frage die allgemeinen, für alle Verhältnisse giltigen Gesichtspunkte hervorzuheben und zur breiteren Discussion zu stellen, weil auf diesem Wege manche Meinungsverschiedenheiten geklärt werden können.

Wir stellen uns, um das vorweg zu nehmen, bei unserer Betrachtung auf den schon früher hier betonten Standpunkt, dass für unsre Berechnung der Direktor im allgemeinen nicht in Frage kommt, resp. nur dann, wenn er dauernd eine Abtheilung selbst führt, dass dagegen die sogenannten Volontärärzte an solchen Orten, wo sie selbstständige Abtheilungen übernehmen oder wo sie sich wenigstens in die Dienstgeschäfte mit anderen Collegen auf deren Abtheilungen theilen und dieselben wesentlich erleichtern, je nachdem als ganze oder halbe Arbeitskräfte im ärztlichen Dienste mitgezählt werden. Sehr mit Recht wird ferner in No. 27 dieser Wochenschrift in dem Aufsatze: „Die Zahl der Aerzte an den preussischen Provinzialirrenanstalten" darauf hingewiesen, dass für die Beurtheilung unsrer Frage nicht nur der Krankenbestand, sondern auch die jährliche Aufnahmeziffer einer Anstalt als ausschlaggebendes Moment in Betracht gezogen zu werden verdient*).

Wenn wir nun in Folgendem eine Formulirung dieser beiden und vielleicht noch einiger andrer Factoren zu einer bestimmten Verhältnisszahl, der eine möglichst allgemeine Geltung für Anstalten überhaupt zukommen soll, anstreben wollen, so verhehlen wir uns keineswegs, dass einem solchen Versuche ebensowohl die Verschiedenheit der Ansichten über diesen Punkt an den leitenden Stellen als auch die Verschiedenartigkeit der einzelnen Anstalten in Bezug auf Krankenmaterial und Betrieb hindernd im Wege steht. Die Unterschiede, ob die Anstalt eine geschlossene, im Corridorsystem erbaute oder eine coloniale, im Pavillonstil mit Offenthürsystem ist, ob sie vorwiegend frisch Erkrankte oder aber chronische Fälle aufnimmt, ob sie für Idioten und Epileptiker bestimmt ist, ob die Kranken besserer Stände ein grosses oder geringes Contingent stellen, alle spielen in diese Frage herein.

Aber auch auf die ganze Art und Intensität der ärztlichen Führung, auf die Eintheilung des ärztlichen Dienstes, auf die Art der Ausübung und die Zahl der täglichen Krankenbesuche, auf die Abtheilungsvertheilung unter den Aerzten, auf deren grössere oder geringere Selbständigkeit auf den Abtheilungen kommt es an, wie nicht minder auf die Anforderungen des Directors an Führung und Ausarbeitung der Krankengeschichten, an klinische und wissenschaftliche Untersuchung und Verarbeitung des Krankenmaterials. Schliesslich kommt in Betracht, in welchem Grade die Aerzte zur Heranbildung des Personals, ferner zur inneren Administration der Abtheilungen und der Anstalt, ebenso zur Behandlung der Verwaltungsgeschäfte und des schriftlichen Verkehrs mit den Behörden und Gerichten, zu grösseren Gutachten herangezogen werden oder ob diese Dinge mehr in der Hand des Directors oder ihn unterstützender andrer Organe, z. B. von Secretären oder der Verwaltung verbleiben. Alle diese Momente sind, wie wohl nicht weiter ausgeführt zu werden braucht, imstande, je nachdem sie sich in grösserer oder geringerer Intensität bemerkbar machen, das Mass der Geschäfte an den einzelnen Anstalten, sei es für einzelne, sei es für die Gesammtheit der Aerzte ausserordentlich verschieden zu gestalten. Naturgemäss bleibt aber die Mehrzahl derselben in der Abschätzung ihrer Bedeutung sowie in der Disponirung der eventuell nöthigen Abhilfe der Beurtheilung der einzelnen Anstaltsdirectionen,

*) Es wird dort als mittlere Ziffer der auf einen Arzt entfallenden Aufnahmen eine Zahl von 40 oder 43 angenommen.



die wohl hierfür die richtigste Ueberlegung wie die beste Absicht für sich in Anspruch nehmen dürfen, überlassen. Zur Uebernahme in eine allgemeine Formulirung eignen sich die meisten derselben nicht; sie würden diese auch zu umständlich und complicirt gestalten. Dagegen scheinen uns folgende vier Punkte zur Bestimmung einer gerechten Aerztevertheilung nicht nur geeignet, sondern auch ausreichend zu sein:

1. Der Krankenstand der Anstalt, zunächst ohne Rücksicht auf das Krankenmaterial, ob acute oder chronische Kranke. Je höher der Krankenstand, desto mehr Aerzte.

2. Die Zahl der jährlichen Aufnahmen. Je höher die Aufnahmeziffer einer Anstalt, desto grösser die ärztliche Arbeit, desto mehr ärztliche Arbeitskräfte; dies wird wohl ein ebenso wenig bestrittener Satz sein, wie der erste.

Beide Momente können in dem Begriffe der Gesammtverpflegten zusammengefasst werden, wobei zu betonen ist, dass für die Beurtheilung gerade die Summe beider in Betracht kommt in dem Sinne, dass eines für das andre eintreten kann. Jedes für sich allein kann keinen richtigen Massstab abgeben. Eine Anstalt mit geringem Krankenstand und viel Aufnahmen kann sehr wohl mehr Arbeit erfordern als eine grosse Anstalt mit geringer Aufnahmeziffer.

3. Die Zahl der Kranken besserer Stände, die sich unter den Gesammtverpflegten eines Jahres findet. Dass Kranke dieser Art, besonders solche mit erhaltenen geistigen Kräften und wo sie in sogenannten Pensionärabtheilungen sich zusammenfinden, grosse Ansprüche an ärztliche Behandlung stellen und einen erheblichen Aufwand an Zeit erfordern, bedarf wohl keiner besonderen Ausführung. Das ergiebt sich schon aus der Rücksichtnahme auf ihre gesellschaftliche Stellung, auf ihre früheren Gewohnheiten und auf ihr Bedürfniss nach eingehender Aussprache dem Arzte gegenüber. Häufig befinden sich gerade unter diesen Kranken nicht nur die interessantesten, sondern auch die, weil in ihrem Gemüthsleben feinfühlendsten und empfindlichsten, darum auch für eine gewissenhafte Behandlung schwierigsten Fälle.

Je mehr Kranke der besseren Stände in einer An-Anstalt vereinigt sind, desto mehr wird daher der durch sie hervorgerufenen Mehrarbeit durch Einstellung ärztlicher Kräfte entsprochen werden müssen. Den besten Beweis sehen wir an den Privatanstalten, an denen das Aerzteverhältniss sicher nicht ohne Grund ein solch günstiges ist, dass auf 25 oder sogar 20 Kranke oft ein Arzt kommt. Bis zu diesem Grade die Proportion zu steigern, wird zwar an grossen Anstalten weder nöthig noch überhaupt wünschenswerth erscheinen, weil sich hier die Thätigkeit bei den Kranken der besseren Stände mit der auf den Abtheilungen der niederen Verpflegungsklassen besser eintheilen und vereinigen lässt als bei Privatanstalten, die ausschliesslich den ersteren Kranken dienen. Aber etwas mehr Rücksicht auf diesen Factor als seither dürfte man unsrer Ansicht nach auch an öffentlichen Irrenanstalten jeder Art nehmen.

4. Die Zahl der acuten und heilbaren Fälle, welche sich in der Gesammtsumme des Krankenstandes plus der jährlichen Aufnahmeziffer, also unter den Gesammtverpflegten befindet. Es wird wohl mit Recht betont werden dürfen, dass ausser der Zahl der Kranken und Aufnahmen auch deren Qualität in Frage kommt und ebenso wird es keines Beweises bedürfen, dass ein Krankenmaterial, das vorwiegend aus frischen Fällen besteht, viel intensivere Anforderungen an ärztliche Untersuchung, Beobachtung und Behandlung stellt als ein Krankenmaterial aus chronischen, eventuell zum grossen Theil aus andern Anstalten (Heilanstalten) transferirten Kranken. Das Mehr an Arbeitsleistung wird durch ein Mehr an Aerztekräften ausgeglichen werden müssen, wenn nicht Zeit und Kraft der vorhandenen Aerzte über Gebühr angestrengt werden soll. Es fragt sich nun, wie man dieses vierte Moment am besten in die Berechnung einführen kann. Man könnte ja einfach die als acute und heilbare Kranke zu Bezeichnenden aus dem Krankenstande und den Aufnahmen zusammenstellen und die gefundene Zahl dann verwerthen. Wir möchten jedoch bei unsrem Verfahren jede unnöthige Umständlichkeit vermeiden und womöglich nur, wie bei den ersten 3 Punkten mit leicht zu gewinnenden oder schon vorhandenen Angaben aus der Anstaltsstatistik rechnen. Wir glauben nun einen vollwerthigen Ersatz für die eben erwähnte Berechnung der frischen Fälle in der Zahl der jährlich Entlassenen zu finden, und zwar nicht etwa der Gesammtsumme der Entlassenen überhaupt, sondern der in die Heimath resp. in die Freiheit entlassenen Kranken. Diese Zahl stellt so recht die Arbeitsleistung der Anstalt dar und wird immer diejenigen Fälle enthalten, welche aus der Zahl des Bestandes und der Aufnahmen einer Heilung oder erheblichen Besserung zugeführt werden konnten, und zwar auf noch sicherere Weise als die Zusammenstellung nach der Anfangsdiagnose. Sie gewährt darum auch gleich den ersten 3 Factoren einen Rückschluss auf die Arbeitsleistung des ärztlichen Personals

(Fortsetzung folgt).



Mittheilungen.

— **Psychiatrisch-neurologische Section des Budapester königl. Aerzte-Vereins.***) Sitzung vom 18. Januar 1899.

Oláh, Schaffer und Epstein legen bezüglich der Wärterfrage folgende 10 Thesen zur Discussion vor:

1. Das um die Kranken beschäftigte Hilfspersonal besteht aus 2 Kategorien, u. zw. a) Pfleger, die die eigentliche Krankenpflege, die Aufsicht über die Kranken und deren Wartung zu besorgen haben; b) Diener, die die untergeordneten Diensthandlungen versehen, z. B. Scheuern, Fegen etc. Auf je 8 Kranke ist ein Pfleger, auf je 50 Kranke ein Diener zu rechnen.

2. Als Grundsatz hat zu gelten, dass die Beschäftigung als Pfleger nicht den Charakter eines provisorischen Unternehmens habe, sondern als definitiver Lebensberuf betrachtet werde, bei welchem, wie bei jedem anderen Berufe, dazu geeignete Individuen nicht nur die Sorgen der Gegenwart verscheuchen können, sondern auch ihre Zukunft gesichert sehen und durch die Möglichkeit der Familienbegründung die Bedingungen ihres Lebensglückes finden können.

3. Als Pfleger mögen nur Leute aufgenommen werden, die körperlich und geistig gesund sind, ein tadelloses Vorleben haben und zum mindesten eine gewisse elementare Bildung besitzen. Minimales Alter bei Männern das 20., bei Weibern das 18. Lebensjahr; maximales Alter bei Männern 35, bei Weibern 30.

4. Es soll Vorsorge getroffen werden, dass das Wärterpersonal, wenigstens in allen staatlichen Irrenheilanstalten, von einem damit betrauten Arzte in der Irrenpflege entsprechenden theoretischen und praktischen Unterricht erhalte. Das zweckmässigste wäre nach dem Muster des „Rothen Kreuz" die Errichtung von Irrenpfleger-Kursen und Einführung von Prüfungen.

5. Die Zeit des Probedienstes möge in die reguläre Dienstzeit eingerechnet werden, letztere aber betrage nicht mehr als 20 Jahre, nachdem der Pfleger in einer so langen Dienstzeit sich unbedingt verbraucht und zur Irrenpflege unverwendbar wird. Nach Verlauf dieser Zeit sollte er anderweitig verwendet werden, und nach 30 jähriger Dienstzeit vollkommene Pension geniessen.

6. Die Bezahlung soll den Ortsverhältnissen gemäss regulirt werden und sollen die Pfleger nebst den anderen Gebühren auch Kleidung bekommen.

7. Es sollen womöglich nur unverheirathete Wärter aufgenommen werden, jedoch soll die Möglichkeit geboten werden, dass der Wärter, wenn seine Tüchtigkeit im Dienste sich bewährt hat, und er eine Familie zu gründen wünscht, für seine Familie in einem durch das Institut und in dessen Nähe zu erbauenden Wohnhause billige und gute Wohnung bekomme, eine Einrichtung, die in Irrenanstalten mit Colonialsystem und in Provinzialirrenanstalten leicht durchführbar wäre.

8. Das Pflegepersonal ist gegen Unfall zu versichern und ist zu diesem Zwecke eine gewisse Quote der Bezahlung zurückzubehalten.

9. Damit der Pfleger seinen verantwortungsvollen Dienst mit voller Wachsamkeit erfüllen könne und damit er in diesem Körper und Geist anstrengenden Dienste nicht vorzeitig erschöpft werde, ist es nöthig, dass das System der Ablösung wie es bei anderen Dienstes zweigen, z. B. im Eisenbahn-, Post-, Gefängnisswärter-Dienste usuell ist, eingeführt werde usw., so, dass der Pfleger Gelegenheit habe, nach bestimmten Dienststunden einige Zeit zu ruhen. Ausserdem soll er behufs ausgiebiger Erholung jährlich 8 tägigen Urlaub geniessen.

10. Es soll Fürsorge getroffen werden, dass Versäumnisse oder Missbräuche, die an und für sich vielleicht nicht von grosser Bedeutung sind, aber vom Gesichtspunkt der Irrenpflege schwer ins Gewicht fallen, sollen geahndet werden können.

An der Diskussion nahmen theil: Salgó, Oláh, Epstein, Niedermann, Jendrassik, Schaffer.

Sitzung vom 15. Februar 1899.

1. E. Frey: Demonstration mikroskopischer Gehirnpräparate von einem Falle der Sachsschen Idiotia amaurotica familiaris. Ein rhachitisches Kind von $1\frac{1}{2}$ Jahren. In den Bauch- und Brustorganen keine Veränderung. Im Augenhintergrunde, in der Gegend der Macula lutea ein weichselrother Fleck von 2 mm Durchmesser. Lähmung der Extremitäten mit spastischem Charakter; vollkommene Amaurose. Erhöhte Reflexe. Die Präparate nach Weigert-Wolters zeigen am Centralnervensystem folgende Veränderungen.

Degeneration der Seitenstränge im ganzen Rückenmarke. Von dem mittleren Rückensegmente aufwärts bis zum Gollschen Kern, Degeneration der Gollschen Stränge. Diffuse Degeneration der vorderen Hörner der grauen Substanz des Halsmarkes und deren insuläre Degeneration im humbo-sacralen Theile. Im verlängerten Marke sind die Pyramiden und die Formatio reticularis verändert; in der Brücke die queren Brückenfasern und die Pyramiden. Im Mittelhirn zeigen die Hirnschenkel, der obere Theil des Thalamus, die Capsula interna und externa und der Tractus opticus grössere Veränderungen. In der Hirnrinde sind die Pyramidenzellen degenerirt und der Ausfall der Marksubstanz ist ein grosser.

Vortragender bespricht nun die Folgerungen, die sich aus dem Falle ziehen lassen. Das Grosshirn sei makroskopisch nicht verändert, es sei daher wahrscheinlich, dass die Veränderungen, welche in demselben vorkommen als Degenerationen zu betrachten seien.

Sitzung vom 15. März 1899.

2. E. Blum: Ueber die Unterbringung von Geisteskranken, die sich im Entwicklungsstadium befinden und nicht gemeingefährlich sind. Vortragender führt aus, dass in den Anstalten die Administration den grössten Theil der irrenärztlichen Thätigkeit ausmache und dass auch die eigentliche Entwicklung des Irrenwesens in dieser Richtung vor sich gehe. Die so streng geschlossenen

*) Vorträge, die ausschliesslich neurologisches Interesse bieten, sind in diesen und die folgenden Berichte nicht aufgenommen.



Anstalten haben im Laufe der Zeit allmählig ihren ursprünglichen Charakter und ihre ursprüngliche Bestimmung verloren und der zu Tage tretenden Nothwendigkeit entsprechend entstand die häusliche und Gemeindepflege, dann die familiäre und coloniale Irrenpflege. Aber trotzdem sei nicht zu verkennen, dass in den Irrenanstalten viele Elemente zurückbehalten werden, die eigentlich dorthin nicht gehören, aber andererseits auch für die familiäre Verpflegung nicht geeignet sind, da sie eine sorgsame Controle und ärztliche Aufsicht erheischen, ausserdem giebt es Geisteskrankheiten, die so rasch und sicher heilen, dass die Unterbringung des betreffenden Kranken in Irrenanstalten wegen der sich daraus ergebenden schweren gesellschaftlichen Consequenzen nicht angezeigt erscheint. Zur Unterbringung solcher Geisteskranken schlägt Vortragender Uebergangsinstitute vor, in denen die Kranken unter entsprechender Aufsicht freier Behandlung theilhaftig werden können.

— Herr Dr. Ritti, Generalsecretair der Société médico-psychologique in Paris ersucht uns um Abdruck der nachfolgenden Mittheilung.

XIII. Congrès international de médecine.

Section de Psychiatrie. — 5. Congrès international de médecine mentale *).

(Paris, 2 — 9 août 1900).

Le Comité d'organisation composé de MM. Magnan, président; Joffroy, Gilbert-Ballet, Pierret (Lyon), et Cullerre (La-Roche-sur-Yon), vice-présidents; Ritti (Charenton), sécretaire; Bouchereau, Bourneville, Albert Carrier (Lyon), Christian (Charenton), Doutrebente (Blois), Jules Falret, Ch. Féré, Febvré (Ville-Evrard), P. Garnier, Giraud (Saint-Yon), Mairet (Montpellier), Meuriot, Motet, Parant (Toulouse), Régis (Bordeaux), Seglas, Taguet (Maison-Blanche), Vallon (Villejuif), Jules Voisin, rappelle qu'il existe une section spéciale de Psychiatrie, entièrement distincte de la section de neurologie.

Cette section de Psychiatrie se réunira à la Sorbonne, dans l'amphithéâtre de géologie. Cet amphitéâtre sera disposé de façon à permettre de faire des projections.

Le programme de la section se composera, d'une part, de questions choisies par le Comité d'organisation, d'autre part, de communications isolées.

Les questions choisies par le Comité d'organisation sont au nombre de quatre et seront traitées, chacune par trois rapporteurs. Voici l'énumération de ces questions et les noms des rapporteurs:

*) Les quatres premiers Congrès internationaux de médecine mentale ont été tenus: le premier, à Paris, du 10 au 14 août 1867, sous la présidence de Paul Janet, membre de l'Institut (V. les comptes-rendus de ce Congrès dans les Anales médico-psychologiques, 1867, t. X. pp. 491 et suiv.); le deuxième, à Paris, du 5 au 10 août 1876, sous la présidence de Baillarger (V. Comptes-rendus, 1 vol. in-8° de 344 pages. Paris. Imprimerie nationale, 1876); le troisième, à Anvers, du 7 au 9 septembre 1885, sous la présidence de M. V. Desguin (V. Comptes-rendus. 1 vol. in-8° de 360 pages. Gand, 1886); le quatrième, à Paris, du 5 au 10 août 1889, sous la présidence de M. Jules Falret (V. Comptes-rendus. 1 vol. in-8° de 602 pages. Paris. Georges Masson, 1890).

1° Pathologie mentale. — Psychoses de la puberté. — Rapporteurs: MM. Ziehen (Iéna), Marro (Turin), J. Voisin (Paris).

2° Anatomie pathologique. — Anatomie pathologique de l'idiotie. — Rapporteurs: MM. G. E. Shuttleworth et Fletcher Beach (Londres), Mierzejewski (Saint-Pétersbourg), Bourneville (Paris).

3° Thérapeutique. — De l'alitement (repos au lit) dans le traitement des formes aiguës de la folie et des modifications qu'il pourrait entraîner dans l'organisation des établissements consacrés aux aliénés. — Rapporteurs: MM. Clemens Neisser (Leubus), Korsakoff (Moscou), Morel (Mons).

4° Médecine légale. — Les perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal. — Rapporteurs: MM. de Krafft-Ebing (Vienne), Morselli (Gênes), Paul Garnier (Paris).

Un résumé et les conclusions de ces rapports devront être remis au Comité pour le 1er avril 1900, dernier délai, afin de les faire imprimer et distribuer aux membres de la section.

Pour les rapports écrits en langue étrangère, le Comité prie les auteurs de vouloir bien en envoyer le résumé dans leur langue maternelle et en français, la traduction en français, faite par les soins du rapporteur lui-même, ayant l'avantage de rendre plus fidèlement la pensée de l'auteur qu'une traduction faite en dehors de lui.

Quant aux communications isolées, elles devront être annoncées au secrétaire, le Dr Ant. Ritti, Maison nationale de Charenton, à Saint-Maurice (Seine), avant le 1e juin. Elles ne pourront avoir été publiées ou présentées à une Société savante avant l'ouverture du Congrès.

Le temps maximum assigné à chaque communication ne pourra pas dépasser quinze minutes et les orateurs qui prendront part à la discussion, soit des rapports, soit des communications, ne pourront parler plus de dix minutes chacun. Au bout de ce temps, le président pour leur conserver la parole, devra consulter l'assemblée.

Le texte écrit des communications et des discussions devra être remis par chaque orateur au secrétaire de la section le jour même où elles auront eu lieu.

A ces renseignements concernant les travaux de la section de psychiatrie, ajoutons-en quelques autres plus généraux.

Le Congrès international de médecine tiendra, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, trois assemblées générales, les 2, 5 et 9 août.

Voici, en outre, ce que nous apprend une circulaire, en date du 15 janvier 1900, adressée aux membres des Comités de section, par le président et le secrétaire général du Congrès:

» ..... Une réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer français est obtenue. Des arrangements ont été pris avec les principales Agences de voyage de Paris pour pouvoir loger nos confrères de la province et de l'étranger dans de bonnes conditions d'économie et de confort. Pour obtenir sur ces différents points tous les détails nécessaires, il n'y a

qu' à s'adresser à nos Bureaux, 21, rue de l' Ecole-de-Médecine.

» Tout récemment, grâce au concours très généreux de tous les comités de sections, nous nous sommes trouvés assurés de pouvoir offrir aux membres du Congrès une fête amicale digne d'eux et digne de nous. Aucune souscription publique ne sera ouverte pour cette fête, dont tout l'honneur reviendra à ceux qui en auront assumée la charge, c'est-à-dire aux membres des Bureaux et Comités de sections.

» Mais nous avons également la promesse que plusieurs fêtes officielles seront offertes aux membres du Congrès; mais nous ne sommes pas autorisés, pour le moment, à donner de plus amples indications à cet égard.... »

Nota. — Nos collègues qui désirent prendre part aux travaux du Congrès, sont priés d'envoyer leur adhésion avec leur carte de visite, et leur cotisation, qui est de 25 francs, à M. le Dr Duflogq, trésorier, rue Miromesnil, 64, à Paris.

— **Aus Pommern.** Am 23. Februar ist die Provinzial-Irrenanstalt in Stralsund aufgelöst worden. Die 70 Kranken der Anstalt wurden in die neu eröffnete Anstalt zu Treptow a. R. übergeführt. Die Stralsunder Anstalt war 1842 in einem dazu erbauten Hause als „Irren- und Siechenbewahranstalt" errichtet worden. Sie lag inmitten der Stadt, zwischen private Wohnhäuser eingezwängt und verfügte nicht über das nöthige Land zur freien Bewegung und Beschäftigung der Kranken. Eine zeitgemässe Umgestaltung war daher unmöglich und bereits 1896 beschloss der Prov.-Landtag die Anstalt ganz eingehen zu lassen.

— Vom 1. April ab werden die geisteskranken Insassen der Gefängnisse und Zuchthäuser der Prov. Sachsen in einer eigens hierfür geschaffenen Irrenabtheilung des Gefängnisses zu Halle a. S. untergebracht. Diese Anstalt, welche zunächst nur 50 Kranke fassen soll, ist an das schon bestehende Lazareth angebaut; die Kosten der Einrichtung betragen angeblich ca. 40 000 Mk. Untersuchungsgefangene werden nicht aufgenommen.

— In der 2. Kammer des badischen Landtags wurde von einem der Abgeordneten bei der Debatte über die neue Irrenanstalt auch die Einführung der Familienpflege angeregt, von einem anderen bei neuen Anstalten die Einrichtung von landwirthschaftlichen Betrieben gefordert, von deren glänzendem Erfolge die Emmendinger Anstalt Beweise gebe. Minister Eisenlohr erklärt, dass er die familiäre Irrenpflege als einen wichtigen Zweig der Irrenfürsorge im Auge behalte. — Von einem Abgeordneten (Köhler) wurde angeführt, dass über die Heidelberger Irrenklinik geklagt werde, welche die Kranken oft in einem verwahrlosten Zustand an die Anstalten abliefere, und dass es vorgekommen sei, dass Jemand als ganz blödsinnig bezeichnet worden sei, während er thatsächlich in wenig Wochen hätte entlassen werden können. Abgeordneter Wilckens nahm die genannte Klinik in Schutz; der Leiter derselben sei ein tüchtiger Beamter und er könne nicht glauben, dass die Ausführungen Köhlers zutreffend seien. Die Anstalt leide aber noch immer an Überfüllung, die zu Misshelligkeiten führe. Der Abgeordnete Geis erklärt, bei einer Umschau in der Heidelberger Klinik habe er die peinlichste Reinlichkeit beobachtet, sodass ihm die Ausführungen Köhlers befremdlich erscheinen müssten. Auch sei die psychiatrische Autorität Kräpelins nicht in Zweifel zu ziehen. (Nach der Freiburg. Ztg.)

— Die Stadt Leipzig beabsichtigt demnächst eine Heil- und Versorganstalt für Irrensieche sowie ein Genesungsheim für Reconvalescenten und eine Siechenanstalt für körperlich Sieche in Dösen zu errichten.

— **Prag.** In der hiesigen Landesirrenanstalt wurde ein Kranker von einem anderen bei den Füssen gepackt und, bevor der diensthabende Wärter es verhindern konnte, mit dem Kopfe mehrere Male so an das Bettgestell geschleudert, dass er alsbald verschied.

— Durch die Tagespresse nahm seinen Siegeslauf kürzlich ein Referat über eine Mittheilung Dr. Macleod's aus dem British Medical Journal, der durch den „Bromschlaf" von 5—9 tägiger Dauer bei Erregungszuständen ausgezeichnete Erfolge erzielt haben will, er giebt bis zu 30 gr. Bromsalz täglich; die Kranken werden während des Bromschlafs künstlich ernährt. Unter neun so behandelten Fällen starb einer an Pneumonie; Pneumonie soll aber zur fraglichen Zeit (in Schanghai) epidemisch gewesen sein. Das Verfahren scheint ärztlicherseits für nachahmenswerth gehalten und thatsächlich schleunigst nachgeahmt worden zu sein; denn in einem Berliner Blatte sucht eine Dame ihren Leidensgefährten diese Kur zu ersparen, indem sie die durch letztere an ihrem eigenen Geist und Leib in einem Sanatorium erfahrenen und nutzlos ertragenen Beschwerden in hinreichend abschreckender Weise schildert.

— Die 25. Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte findet am 26. u. 27. Mai d. J. in Baden-Baden statt. Aus Anlass der 25. Wiederkehr dieser Versammlung wird eine Festsitzung abgehalten, zu der auch die Damen eingeladen werden. Geschäftsführer sind: Erl (Heidelberg), Fürstner (Strassburg), Fischer (Pforzheim).

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaktion wird gebeten.)

— Geh. San.-Rath Prof. Dr. Bernh. Heinr. Laehr in Schweizerhof bei Zehlendorf vollendet heute sein 80. Lebensjahr. Wir bringen dem allverehrten Jubilar die herzlichsten Glückwünsche dar.

— **Weissenau.** Dem Direktor Dr. Rank wurde das Ritterkreuz I. Classe des Friedrichsordens verliehen. Mit den Funktionen eines 2. Oberarztes wurde der bisherige Assistenzarzt Dr. Staiger an der Anstalt Zwiefalten betraut.

— **Neufriedheim** bei München. Der bisherige Ass.-Arzt der hiesigen Privatirrenanstalt Dr. Fr. Riss hat seine Stellung aufgegeben und ist nach Durango (Mexiko) verzogen.

— **Grafenberg.** Ass.-Arzt Dr. Lückerath ist an die neu eröffnete Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen versetzt; an seine Stelle tritt Dr. Schroeder, bisher Ass.-Arzt an der Prov.-Anstalt Mariaberg bei Aachen; der Volontärarzt Dr. Rademacher ist als Ass.-Arzt an die Anstalt Merzig versetzt.

Für den redaktionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. J. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Nr. 52. 24. März **1900.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Kritisches zur „Hysteroepilepsie".

Die neueren Spezialforschungen über Hysterie einerseits und Epilepsie andrerseits haben sozusagen eine divergirende Richtung eingeschlagen, während diese beiden Formen des Krankseins bisher, durch das Band eines scheinbar gemeinsamen Symptoms, des Krampfes wenn auch nur leicht mit einander verknüpft, nicht allein in didaktischer, sondern auch in klinischer, diagnostischer, selbst therapeutischer Beziehung als eng verwandte und unter Umständen schwer trennbare „Neurosen" betrachtet wurden. Weit entfernt aber, diesen nicht mehr ganz modernen Sammelnamen zu rechtfertigen, haben jene Forschungen die in mehr als zweitausendjährigem Sprachgebrauch (und ebenso langer Beobachtung) sich wiederspiegelnde Heterogenität beider Krankheiten nur zu noch höherem Ansehen gebracht. Die „Nerven" spielen bei beiden Krankheiten (Neurosen) wenig mehr als eine symptomatische Rolle; das Studium der Hysterie führte in das Psychische, das Studium der Epilepsie in das Chemische, und die Nerven sind nur das Substrat, an dem das Kranksein des Organismus — dort des psychischen, hier des chemischen — in Erscheinung tritt. Das Wort „Hysteroepilepsie", ein Zauberwort, das aus diagnostischen Qualen zu der höheren Erkenntniss, die wohl aber weiter nichts als begnügsame Selbsttäuschung ist, leitete, dass zu der ausgeprägten Hysterie im Laufe der Zeit epileptische Symptome später hinzukommen „oder umgekehrt" (wie wenn sich dies so einfach umdrehen liesse!) zu der epileptischen Neurose typische, hysterische Elemente, dass auf dem Boden der erblichen Degeneration eigenthümliche „Mischformen" zu Stande kämen, bei welchen vom Beginne



des Leidens an epileptische und hysterische Krankheitserscheinungen „neben und durcheinander" sowohl die paroxysmellen als auch die interparoxysmellen Zustände beherrschen — dieses Wort „Hysteroepilepsie", es muss einem unbewusst wirkenden, besseren Wissen seine Entstehung verdanken, einem Wissen, dem diese „Umkehrung" auch in der Sprache mitzumachen widersinnig und wider die Thatsachen erschien, sonst hätten wir schon längst eine Epilepsihysterie.

„Hysteroepilepsie" dürfte zum ersten Male im J. 1833 gebraucht worden sein, in welchem Alègre in Paris eine Dissertation über Hysteroepilepsie schrieb (nach Gilles de la Tourette). —

Die Systematik, sonst so erspriesslich, hat gerade hier am unrechten Orte gewirkt, wie sie ja auch neuerdings z. B. in der Psychiatrie mit einem selbst noch unfertigen Bande, dem „Stoffwechsel", bei weitem nicht genügend Gesichtetes vorahnend zusammenfassen möchte.

Wenn man heute, dessen inne, dass die Hysterie ein seelisches Leiden ist, gewissermassen nur der Tradition zu Liebe diese Bezeichnung beibehält, so wäre es ungerecht zu vergessen, dass mit dem „Mutterweh" schon, wir müssen es wiederholen, vor mehr als zweitausend Jahren die Ursache dort gesucht worden, von wo aus das Psychische nicht am wenigsten getrieben wird, in der Sexual- bezw. Generationssphäre.*) Und wenn es hierfür angesichts desjenigen therapeutischen Eingriffs, bei welchem man der im hysterischen Anfall befindlichen Kranken, um denselben zu beenden oder hervorzurufen, das Ovarium drückt, angesichts der Thatsache, dass der Beginn der hysterischen Erkrankung in der weitaus grösseren Mehrzahl der Fälle (bei b e i d e n Geschlechtern) in der Pubertätszeit beginnt, noch eines vielleicht neuen Hinweises bedürfte, so sei es der, dass bei Mädchen, die an dem menstruellen Typus der Epilepsie leiden, stets dem Verdacht auf Hysterie durch weitere und entsprechende Beobachtung Folge zu geben ist.

Seit einiger Zeit erfreuen wir uns in der Neurologie des Besitzes eines sehr fruchtbaren Begriffs, d. i. die Ueberlagerung einer Krankheit durch Symptome einer anderen, wenn auch nur abortiv vorhandenen, aber durchaus heterogenen, wie der Tabes durch Hysterie; ja es giebt wenige Nervenkrankheiten, von denen man bisher nicht behauptet hätte, sie könnten durch hysterische Symptome überlagert werden. Ich halte absichtlich an diesem so überaus glücklichen Ausdruck fest, weil durch die in den Lehrbüchern gebräuchlichen Bezeichnungen wie Combinationen, Mischformen, Uebergangsformen, die wohl an anderen Stellen der Krankheitslehre angebracht sind, ganz falsche Vorstellungen von dem Wesen der Hysterie entstehen müssen.

Die blosse Thatsache, dass sich gerade die Hysterie auf fast alle organischen Nervenleiden, die nicht das Bewusstsein aufheben, lagern kann, ist recht geeignet über die nosologische Sonderstellung jener viel Licht zu verbreiten, das aber von dem Augenblick an wieder verringert wird, wo wir uns mit der Vorstellung von Summiren, Vermischen etc. genügend aufgeklärt dünken. Man wird in diesem Satze einen Widerspruch zu finden glauben, insofern die Hysterie ja selbst das Bewusstsein stört. Nun, die Hysterie, speziell die hysterischen Krampfanfälle heben das Bewusstsein nicht auf, sie verändern es nur: der Bewusstseins-„Verlust" im hysterischen Anfall verhält sich zu dem Bewusstseinsverlust im epileptischen etwa wie der Schlaf zur Ohnmacht; er ist intrapsychisch bedingt, der epileptische extrapsychisch, körperlich.

Dass Epilepsie von Hysterie überlagert wird, hat man merkwürdiger Weise zu behaupten oder darzuthun vermieden; man sagt: Zu der Epilepsie können sich hysterische Symptome hinzugesellen — u n d u m g e k e h r t! Es ist aber in der That nichts einfacher als die erste dieser beiden möglichen Erscheinungen unter dem Gesichtspunkt der „Ueberlagerung" aufzufassen. Thun wir dies, dann wird uns der Ausdruck Hysteroepilepsie ebenso befremdlich vorkommen, als wenn Jemand von Hysterotabes u. s. w. sprechen wollte, und es gäbe dann eben nur Epileptiker mit übergelagerten hysterischen Symptomen, aber keine Hysteroepileptiker mehr.

Wie ist es nun „umgekehrt"?

Es giebt Autoren, welche behaupten, zu einer deutlichen Hysterie können sich einige epileptische Symptome gesellen. Als Zufälligkeit muss dieses Ereigniss zugegeben werden — warum sollte nicht einmal eins von den vielen hysterischen Individuen wirklich epileptisch werden, sogut wie gelegentlich ein Epileptiker paralytisch, ein Paranoiker epileptisch werden kann, ohne dass beide Krankheiten mehr gemeinsam haben, als die nervöse Prädisposition. Aber dieser, gerade durch die Betonung jener alternirenden Möglichkeit besonders legitimirte Zusammenhang wird von uns bestritten. Für gewöhnlich und

*) In einer neueren Monographie über Hysterie liest man den naiven Satz, dass, weil auch Männer an Hysterie erkranken, es aufgegeben werden musste, die Ursache in der Erkrankung der Gebärmutter und Ovarien zu suchen.

Selbstverständlich soll in Obigem nicht etwa gesagt sein, dass Störungen in der Sexualsphäre die alleinige Ursache der Hysterie, es soll nur gesagt sein, dass auch diese uralte ätiologische Angabe heute noch (zum Theil) zu Recht besteht.

selbst aussergewöhnlich wird kein Hysterischer epileptisch, sondern es geschieht dies nur zufällig. Wir würden also, wenn es den Ausdruck Epilepsihysterie gäbe, diesen bekämpfen.

In der gewohnten Betrachtungsweise, die den Begriff der Hysteroepilepsie als den Thatsachen entsprechend hinnimmt, dürfte sich ein Denkfehler wissenschaftlich-populär gemacht haben. Weil bei der Hysterie Symptome vorkommen, die der Epilepsie eigen sind, habe man es mit einer Hysteroepilepsie zu thun; abgesehen von dem hier zu machenden Hinweis auf die neuerdings auch für hysterische Krämpfe in Anspruch genommene Pupillenstarre und anderes Thatsächliche möge rein formell bemerkt werden, dass man ja nie von einer Hysteroapoplexie etc. spricht, etwa weil Lähmungen auch bei Apoplexie vorkommen; so könnte es ja auch eine Hysteromyelitis etc. geben. Aber eine Erscheinung: Hysteroepilepsie, d. h. eine Hysterie mit Symptomen wirklicher Epilepsie „vermengt", giebt es garnicht. Wenn man bedenkt, wie zahlreiche körperliche Symptome durch die Hysterie in die Erscheinung gerufen werden, z. B. das blaue Ödem, die Hydrarthrosis intermittens, der Meteorismus, der die Kranke irrthümlich ins Gebärhaus führt, die schlaffe Lähmung der Beine, die eine hochgradige Abmagerung hervorruft und den Kranken für Jahre die Krücken in die Hände drückt, soll man es dann nicht für selbstverständlich halten, dass die Hysterie eine schon vorhandene Aehnlichkeit zweier Symptome, des hysterischen und des epileptischen Krampfs (wie auch die Aehnlichkeit anderer) bis zur vollständigen Congruenz steigern kann?

Es giebt, um nur ein Beispiel der spontanen Symptomvariabilität anzuführen (der durch Hypnose möglichen gar nicht zu gedenken), in der Neurologie kaum ein schöneres Spiel der Natur als jene wunderbare Interferenz von Krampf und Lähmung einer Hysterischen, die jahrelang an von beträchtlicher Abmagerung gefolgter Lähmung der Beine leidet, einer vollständigen Lähmung, die sich bei ihr während der hysterischen Krampfanfälle in die kräftigsten Streck- und Beugebewegungen dieser selben Extremitäten verwandelt, um nach dem Anfall sofort wieder zum Vorschein zu kommen.

Wie sehr die Bezeichnung Hysteroepilepsie einem didaktischen Nomenclaturbedürfniss, wie wenig sie den Thatsachen entspricht, beweist folgender Umstand: in den Büchern über Epilepsie und Hysterie findet man breite Auseinandersetzungen über den differentialdiagnostischen Werth der einzelnen Symptome; alle sind trügerisch, nur eins wahr, nämlich: die Epilepsie führt allmählich zum Schwachsinn, die Hysterie nicht. Man wird vergeblich die consequente Frage aufgestellt suchen, wie es denn in dieser Beziehung bei der Hysteroepilepsie ist, d. h. bei der Hysterie mit epileptischen Symptomen und „umgekehrt". Nur bei Ziehen findet man die Ansicht ausgedrückt, dass sich bei derjenigen Form der Hysterie, welche er als „Uebergangsform zur Epilepsie" bezeichnet, im psychischen Zustand meist allmählich auch der secundäre Schwachsinn und die Zornmüthigkeit des Epileptikers geltend macht. Aus meiner eigenen Erfahrung kann ich sagen, dass die Fälle von Hysterie mit schweren, scheinbar epileptischen Krampfanfällen, nach jahrelangem Bestande zwar den hysterischen Eigensinn (in einer weiteren als der vulgären Bedeutung des Wortes) bewahrten, aber nicht den epileptischen Schwachsinn zeigten.

Wir halten also daran fest, dass es keine Hysteroepilepsie nach Art von Misch-, Uebergangs- etc. Formen giebt, sondern nur eine einfache Epilepsie, die von hysterischen Symptomen überlagert werden kann, wie jedes andere Nervenleiden, und eine einfache Hysterie, die wie viele andere nervöse (und nicht nervöse) Symptome auch diejenigen der Epilepsie imitiren kann. Es wird nicht geleugnet werden können, dass durch diese vorstehende Präzision unter Anwendung von „Ueberlagerung" und „Imitation" tiefer begründete neurologische Begriffe zur Geltung gelangen als sie in Worten wie „Mischformen", „Uebergangs-", „combinirte Formen" etc. eingeschlossen sind.

Es ist bezeichnend, dass gerade in Frankreich, wo der Name Hysteroepilepsie aufgekommen ist, er nur noch zur graduellen, nicht mehr zur wesentlichen Definition verwendet wird, nämlich zur Bezeichnung der mit schweren — aber nicht epileptischen — Anfällen einhergehenden Hysterie, wie man ja dort überhaupt eifrig bestrebt ist, die beiden hier in Rede stehenden Leiden möglichst scharf auseinanderzuhalten, wozu wohl doch nur die Beobachtung geführt haben kann; es sei nur an die freilich noch nicht bestätigte „Inversion der chemischen Formel" in dem Verhältniss der Urinbestandtheile beim hysterischen Anfall erinnert. Bresler.



Psychische und Nerven-Krankheiten in Abessinien.

Von Dr. *F. Holzinger* (St. Petersburg).

(Schluss.)

Auf welchem Umstand der leichte Verlauf der abessinischen Lues beruht, das ist ein Theilstück einer vielbesprochenen aber noch unbeantworteten Frage, auf welche hier nicht näher eingegangen werden kann. Soviel scheint nur sicher zu sein*), dass klimatische Verhältnisse keine Rolle spielen und am wahrscheinlichsten wäre wohl die Annahme, dass die ungeheure Verbreitung der Seuche, auf natürlichem Wege eine relative Immunität bewirkt hat.

Von anderen Krankheiten muss noch die Malaria erwähnt werden, welche hier wie an vielen Orten Afrikas in hohem Maasse herrscht und in schweren Formen auftritt. Ferner die Lepra, von den Abessiniern auch die „grosse Krankheit“ (tillik baschetá) genannt. Somalisch heisst sie baras, oromonisch kurtschi oder kukubá sidâma d. i. Krankheit der Abessinier. Dieselbe herrscht hier seit unerdenklichen Zeiten und ihre Verbreitung in diesen Länderstrichen ist zur Genüge bekannt um näher besprochen zu werden. Beiläufig mag nur erwähnt werden, dass die Leprösen frei umhergehen, nicht isolirt werden, und dass ihre Infectiosität von den Eingeborenen augenscheinlich nicht anerkannt wird.

Was den Genuss narcotischer Mittel anlangt, so wird die Catha edulis, welche vorzugsweise bei Harar auf zahlreichen Plantagen cultivirt wird, viel gebraucht. Besonders die Galla von Harar, die Somali und Danakil fröhnen diesem Laster, die Schoaner dagegen nur gelegentlich. Das Kraut wird gewöhnlich als Infus benutzt, und auch trocken gekaut. Die Wirkung ist eine coca-ähnliche, jedoch wird das Mittel, wie Paulitschke anführt auch als Aphrodisiacum, namentlich von den Danakil angewendet. Mir sind übrigens weder acute noch chronische Vergiftungsfälle zu Gesicht gekommen.

Das Rauchen von Tabak ist in Abessinien gesetzlich verboten und das Gesetz wird, wie es scheint auch befolgt. Dagegen gebrauchen die Somali, Danakil und zum Theil auch die Galla den Tabak, welchen sie in pulverisirtem Zustande mit weisser Asche vermischen, zum Kauen. Durch Benetzung mit dem Speichel wird das Pulver zu einer teigartigen Masse, und wenn der Mann des Saugens müde ist, so legt er die zu einem Klümpchen formirte Masse hinter das Ohr, um sie später wieder zu benutzen.

Besonderer Erwähnung verdient noch die in Schoa recht verbreitete Verwendung der Kichererbse speciell Lathyrus sativus var. coerulea, zum Brodbacken, welche die nicht seltenen Fälle von Lathyrismus*) hervorruft. In psychologischer Beziehung mag kurz bemerkt werden, dass der Selbstmord unter den Abessiniern, wenn auch selten, so doch vorkommt, während derselbe bei den Somali (Stanley, Paulitschke) ganz fehlt, jedenfalls aber zu den ausserordentlichsten Seltenheiten gehört. Eine weitere bemerkenswerthe Eigenthümlichkeit der Somali ist eine deutliche Herabsetzung des Ermüdungsgefühls, welche sich bisweilen darin äussert, dass der Somali ausserordentliche Dauermärsche ausführt ohne zu ruhen, dann aber plötzlich collabirt, oder auch, wie mir mehrere Somali bestätigten, todt zusammenbricht.

Im Hinblick auf die angeführten Thatsachen und Verhältnisse, liesse sich nun ein reichhaltiges Material von nervösen und psychischen Affectionen erwarten. Das ist aber thatsächlich nicht der Fall, wie aus nachstehenden, den ambulatorischen Krankenempfang in Addis-Ababá und Harar betreffenden Zahlen, zu sehen ist.

Auf 4908 Kranke in Addis-Ababá kamen:

Psychosen	11
Hysterie	3
Epilepsie	27
Hemiplegia cerebralis	9
Läsio cerebri organica	3
Tabes dorsalis	6
Lathyrismus	15
Myelitis	10
Poliomyelitis ant.	5
Sclerosis multiplex	1
Meningomyelitis syphil.	1
Periphere Lähmungen	31
Paralysis agitans	1
Impotentia coeundi	3
Morbus Menieri	1
Neuralgia, Hemicrania, Cephalalgia	150
Summa **)	272

Mehr summarisch finde ich für Harar mit 7809 Kranken angeführt:

Epilepsie	25
Chorea und Hysterie	23
Organische Hirn- und Rückenmarksläsionen	18
Periphere Lähmungen	7
Psychosen	1
Neuralgie, Hemicranie, Cephalalgie	204
Summa	278

*) vergl. Hirsch.

*) vergl. Holzinger. Ueber den Lathyrismus. Nevrologitschesky Wjestnik 1899 (russisch).

**) Eingeschlossen 2 Fälle eigener Beobachtung aus Harar (Tabes und Psychose). Die genauere Gruppirung der Zahlen entnehme ich meinen eigenen Tagebüchern.

Es kommen somit im Ganzen auf ca. 13000 Krankheitsfälle 550 Fälle nervöser und psychischer Erkrankungen, darunter 12 reine Psychosen.

Was letztere anbelangt, so soll in nachstehenden kurz referirten Krankengeschichten der nähere Character derselben angegeben werden. Besonders hervorheben will ich nur den Umstand, dass ich nicht einen einzigen Fall von progressiver Paralyse gesehen habe, weder in Addis-Ababá, noch in Harar, noch in den unterwegs besuchten Ortschaften, obgleich ich es mir zur besonderen Pflicht gemacht hatte nach der Existenz solcher Fälle zu forschen und, wie schon erwähnt, die Chancen selbst seltenere Erkrankungsfälle zu sehen, schon an und für sich ausserordentlich günstig lagen. Da nun in so grossen Centren des Reiches, wie die beiden genannten Städte, keine Paralytiker zu finden waren, so scheint mir die Behauptung berechtigt, dass diese Krankheit in Abessinien überhaupt fehlt. Damit in Einklang steht auch die relative Seltenheit der Tabes dorsalis, wie aus der angeführten Tabelle zu sehen ist. Dabei ist noch besonders zu berücksichtigen, dass zwei von den sechs Tabikern, ein angesehener 65jähriger Araber in Harar und ein ca. 60jähriger Galla in Addis-Ababá, in der Anamnese weder acquirirte noch ererbte Lues aufwiesen, was bei den herrschenden Verhältnissen wesentlich ins Gewicht fällt. Von diesem Umstande jedoch abgesehen, da derselbe ja schliesslich auch für Europa mehrfach nachgewiesen ist (Eulenburg, Sänger, Hermanides), bildet das Verhältniss der angeführten Zahlen, auch wenn sie nur annähernd der Wirklichkeit entsprechen sollten, ein empfindliches Gegengewicht gegenüber den statistischen Daten, welche den ätiologischen Zusammenhang der Syphilis mit Paralyse und Tabes beweisen sollen. Auch die häufig ausgesprochene Behauptung, dass es besonders die leichte und deswegen mangelhaft, oder auch garnicht behandelte Syphilis ist, welche zu den sog. metasyphilitischen Erkrankungen führe, findet hier eine entsprechende Beleuchtung, denn in Abessinien verläuft die Lues leicht, wird nicht specifisch behandelt und trotzdem fehlt die Paralyse und die Tabes ist selten. Dasselbe bezieht sich auch auf den Alcoholismus und auf die Combination des Letzteren mit der Syphilis soweit sie in Beziehung zur Paralyse und Tabes gebracht werden.

Gerade dieser Umstand ist es auch, der die Beobachtungen hier zu Lande besonders werthvoll erscheinen lässt, denn die meisten gleichartigen Beobachtungen*), welche in anderen Ländern gemacht wurden, beziehen sich zum grösseren Theil auf islamitische Volksstämme (Centralasien, Nordafrika), welchen der Alcoholismus bekanntlich mehr oder weniger fremd ist.

*) Vergl. Schreiber. Zur Tabessyphilisfrage. Deutsche med. Woche 1898, Nr. 38. —

Was die psychischen Erkrankungen überhaupt anlangt, so muss ihre Zahl als sehr klein bezeichnet werden. Dieses stimmt auch mit den Erfahrungen anderer Beobachter*) überein und ist mir sowohl von Eingeborenen, als auch von lange in Lamle ansässigen Europäern bestätigt worden. Von den verschiedenen Krankheitsformen beobachtete ich angeborenen und erworbenen Schwachsinn, primäre Verrücktheit, hallucinatorischen Wahnsinn, einfache Hallucinationen, maniakalische Aufregungszustände. Nach mündlichen Erzählungen zu schliessen scheinen auch Fälle von transitorischer Manie und anderen vorübergehenden Aufregungszuständen ab und zu vorzukommen.

Von meinen eigenen Beobachtungen mögen folgende Krankengeschichten kurz referirt werden:

In Baltschi (Schoa), wo die Expedition einige Tage lagerte, wurde eine junge Abessinierin zu mir geführt, deren Alter schwer zu taxiren war und auch von den Begleitern nicht angegeben werden konnte. Sie war an beiden Händen mit Ketten gefesselt, deren freie Enden von zwei Leuten gehalten wurden, während eine grosse Schaar Neugieriger die Gruppe umringte. Der Mann der Kranken gab an, sie sei schon ca. 1 Jahr in dem gegenwärtigen Zustande. Im Beginn der Krankheit sei sie schwermüthig gewesen, vernachlässigte die Wirthschaft, schlief schlecht und nahm wenig Nahrung zu sich. Darauf fing sie an über ein unbestimmtes Angstgefühl zu klagen, ohne näher anzugeben, was ihr die Angst einflösse. Nach Verlauf einiger Wochen stellte sich Aufregung ein, welche immer heftiger wurde, die Kranke wurde agressiv gegen ihre Umgebung und der Mann sah sich schliesslich gezwungen ihr Ketten anzulegen. Aus ihrer Ehe stammen 3 gesunde Kinder, von denen das jüngste vor 4 Jahren geboren wurde. Der Mann hält sie für besessen vom bösen Geist und bittet in geradezu rührender Weise seine Frau gesund zu machen.

Die Kranke ist von mittlerem Wuchs, sehr heruntergekommenem Ernährungszustand und schmutziggrauer Hautfarbe. Sie befindet sich in starker Erregung, schneidet Gesichter, strampelt mit den Füssen, stösst unzusammenhängende Worte aus, speit um sich, stösst nach den Umstehenden mit den Füssen, reisst an ihren Ketten und sucht sich den Händen ihrer Begleiter zu entwinden. Die äusserst beweg-

*) vergl. Paulitschke. Ethnographie Nord-Ostafrikas.

liche Mimik drückt in schroffen Uebergängen bald Wuth aus, bald tiefe Angst und entsprechend dem Mienenspiel ändert sich dann auch das Benehmen. Auf Fragen, welche durch einen Dollmetscher gestellt werden, antwortet sie mit sinnlosem Lachen oder mit Ausspeien.

Ueber den weiteren Verlauf der Krankheit ist mir nichts bekannt, da ich die Kranke mit dem Verlassen des Lagerplatzes für immer aus den Augen verlor.

In einem anderen Falle handelt es sich um einen ca. 14 jährigen Galla-Knaben. Der Vater berichtet, der Knabe wäre als gesundes Kind geboren und habe sich bis zum 8. Lebensjahr in jeder Beziehung normal entwickelt. Von der Zeit an begann sich sein Character zu verändern, er wurde eigensinnig, jähzornig und dabei schweigsam. Von Zeit zu Zeit verliess er heimlich die väterliche Hütte und blieb zuweilen Tage und Wochen verschwunden, bis er irgendwo im Walde oder sonst weit von seinem Wohnplatze aufgefunden wurde, ohne dass man aus ihm herausbringen konnte, was er in dieser Zeit getrieben. Dieses Fortlaufen vom Hause veranlasste den Vater schliesslich dem Jungen eine Kette anzulegen, welche er nunmehr beständig an einer Hand trägt. Er wird aber nur festgemacht, wenn er aufgeregt wird, sonst geht er frei umher. Ob dem gegenwärtigen Zustand irgend eine acute Krankheit vorausging, ist nicht festzustellen. An epileptischen Krämpfen hat der Knabe nie gelitten. Der Vater hat ca. 10 Jahre vor der Geburt dieses Kindes Lues acquirirt.

Der Kranke ist normal gewachsen und physisch gut entwickelt, bietet auch keine deutliche Degenerationszeichen. An seinem rechten Handgelenk ist eine ca. 1 Meter lange schwere Kette befestigt, mit welcher der Knabe spielt, das freie Ende in der Hand haltend. Er verhält sich ruhig und geordnet, nennt seinen Namen und Wohnort, lacht aber dazwischen häufig unmotivirt oder lächelt mit sinnlosem Gesichtsausdruck. Auf die Frage warum er von Hause fortlaufe und was er im Walde treibe, antwortete er „es gefalle ihm so“.

Die objective Untersuchung ergiebt nichts besonderes, mit Ausnahme einer geringen Erhöhung der Kniereflexe.

Drei weitere Fälle (2 Mädchen und 1 Knabe) betreffen angeborenen Schwachsinn mit deutlichen Entartungszeichen.

In ebenfalls drei Fällen bildeten mehr oder weniger systematische Wahnideen das hervorstechendste Symptom. Der Inhalt der Wahnideen in allen 3 Fällen war hypochondrischer Art und merkwürdig gleichartig und einförmig, indem er sich auf die Existenz von Insecten im Schädelinnern bezog. Besonders eine Frau schilderte ihren Zustand sehr ausführlich. Es war eine ca. 45jährige Abessinierin. Sie klagte, dass sich in ihrem Kopf Fliegen und Würmer eingenistet hätten, welche ihre Knochen zerstörten und einen heillosen Lärm verursachten. Vor ca. 12 Jahren wären die Parasiten durch die Nase in den Kopf eingedrungen, lebten seitdem dort und vermehrten sich. Zum Beweise ihrer Aussage zeigt sie ein Säckchen vor, welches mit reichlich 2 Handvoll Knochensplitter verschiedenster Grösse gefüllt war, und gab an, dass diese Knochenstücke im Laufe des Jahres aus ihrer Nase und dem linken Ohre, von einem einheimischen Hakimt (Arzt) herausgeholt worden wären. Und zwar hätte er die Knochentheile mit Hülfe einer in Nase und Ohr geführten Röhre herausgesogen. An Gesichts- oder Gehörshallucinationen leidet sie nicht. Der Schlaf ist gestört, weil das beständige Summen und Lärmen im Kopfe ihr keine Ruhe giebt. Lues wird negirt.

Die Kranke ist mässig genährt. Pupillen gleichmässig weit, reagiren gut. Keine Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen. In beiden Ohren reichliche Wachsmassen, welche durch Auswaschen entfernt werden. Aeusseres Ohr und Trommelfell bieten nichts besonderes. Gehör auf beiden Seiten normal. Die rhinoscopische Untersuchung ergiebt geringe Schwellung der linken mittleren Nasenmuschel und Röthung der Schleimhaut. Von Knochendefekten keine Spur. Innere Organe in den Grenzen der Norm.

Tags darauf brachte die Kranke ein von Würmern zerfressenes Stück Holz mit der Bemerkung, ebensolche Würmer zernagen ihre Schädelknochen. Sie verlangte nachdrücklich, ihr Schädel sollte geöffnet werden und kam mit dieser Bitte noch mehrmals wieder, nachdem sie von der inneren Behandlung keinen Erfolg gesehen hatte.

Wie ich aus mündlichen Mittheilungen schliessen konnte, scheint Hysterie besonders in Form von hysterischen Krämpfen relativ häufig zu sein, was auch schon von Courbon*) angeführt wird. Ich selbst habe nur 3 Fälle gesehen und über 2 von ihnen finde ich in meinem Tagebuch folgende kurze Notizen: Abessinierin aus Addis-Ababá, ca. 12 Jahre alt. Klagt über Gesichtshallucinationen, welche zeitweise auftreten und sie sowohl am Tage als auch in der Nacht verfolgen. Der Inhalt betrifft Menschen und Thiere, besonders häufig Hyänen, welche um sie herumkriechen,

*) Courbon. Observations topograph. et med. etc. Paris 1861. cit. nach Hirsch.

sich unter einander zerfleischen etc. Die Kranke verhält sich diesen Sinnestäuschungen gegenüber kritisch, behauptet keine Furcht vor den Erscheinungen zu haben, da sie genau wisse, dass es nur auf Einbildung beruhe. Sie könne sich aber von diesen Visionen nicht frei machen, es dauere nun schon ca. 3 Jahre und sie empfinde ihren Zustand äusserst peinlich, da sie sich für behext halte. Körperlich sei sie ganz wohl und habe über nichts zu klagen. Die Menses seien vor 1 Jahre aufgetreten und verlaufen regelmässig. An Krampfanfällen habe sie nie gelitten.

Die Kranke ist körperlich vollständig reif und gut entwickelt, Ernährungszustand mittelmässig, tiefschwarze Hautfarbe. Pupillen gleichmässig, Reaction normal. Keine Motilitätsstörungen. Rachenreflex fehlt vollständig. Gekreuzte Anästhesie der rechten oberen und linken unteren Extremität. Linksseitige Ovarie. Kniereflexe deutlich erhöht. Innere Organe bieten nichts besonderes.

Der andere Fall betrifft ebenfalls eine Abessinierin von ca. 18 Jahren, eine Dienerin der Königin. Sie klagt über Besessenheit vom bösen Geist, welche sich darin äussert, dass sie von Zeit zu Zeit unter Krämpfen und mit Geschrei niederfalle. Das Bewusstsein verliert sie dabei nicht und weiss ganz genau, was mit ihr während des Anfalles geschieht. Nach den Anfällen Ermattung und Kopfschmerzen. Schlaf gut, Appetit mangelhaft. Das Leiden besteht ungefähr 1/2 Jahr.

Die Kranke ist von mittlerem Wuchs, kaffebrauner Hautfarbe und mittelmässigem Ernährungszustand, Schleimhäute blass. Pupillen gleichmässig erweitert, Lichtreaction normal. Rachenreflex fehlt. Ausgesprochene linksseitige Hemianästhesie. Keine Motilitätsstörungen.

Zu erwähnen ist ferner ein Fall von einfachen Hallucinationen bei einem Kranken, der an einem eigenthümlichen pathologischen Schlafzustand litt. Ich habe diesen Fall an anderer Stelle*) genauer geschildert, übergehe ihn daher hier und will nur kurz bemerken, dass ich geneigt bin, ihn für sogenannte afrikanische Lethargie oder Schlafsucht der Neger zu halten, wobei allerdings abzuwarten bleibt, ob sich das Vorkommen dieser Krankheit in Ostafrika bestätigen wird.

*) Neurol. Centralbl. 1899, No. 1.

Von den einzelnen Gruppen der Nervenkrankkeiten verdient der Lathyrismus specieller Erwähnung, da sein Vorkommen in diesem Theile Afrikas bis jetzt nicht bekannt war. Auf eine genauere Besprechung soll hier jedoch verzichtet werden, da dieselbe an einer anderen Stelle Platz gefunden hat.*)

Die peripheren Lähmungen sind zum grössten Theil traumatischen Ursprungs, zum anderen beruhen sie auf Neuritis.

Verhältnissmässig sehr gross ist die Gruppe der neuralgischen Affectionen,**) doch kann das nicht auffallen, wenn man die Häufigkeit der Malaria berücksichtigt. Thatsächlich reagirten auch die meisten dieser Fälle sehr gut auf Chinin- und Arsenbehandlung. Ausserdem muss aber auch zugegeben werden, dass hier sicherlich ein Theil von unaufgeklärten Fällen mit einbegriffen ist, welche bei ambulatorischem Krankenempfang überhaupt schwer zu vermeiden sind, unter den dortigen Verhältnissen aber besonders leicht vorkommen konnten wegen der Unmöglichkeit einer längeren Beobachtung und weil die Aufnahme genauer Anamnese mit den grössten Schwierigkeiten verbunden war.

Zum Schluss mag noch der für die Autointoxikationstheorie bemerkenswerthe Umstand hervorgehoben werden, dass die Neurasthenie ein im Lande unbekanntes Leiden ist. Ich habe weder schwerere Fälle dieser Krankheit noch leichtere Zustände von Nervosität zu sehen bekommen, dagegen öfters von Eingeborenen hören können, dass in ihren Augen alle Europäer krank, sc. neurasthenisch sind. Unser aufgeregtes Wesen, das geschäftige Eilen und die erhöhte Reizbarkeit sind ihnen ganz unverständlich und nicht unzutreffend vergleichen sie uns mit Leuten, welche sich so verhalten, als ob sie schon am nächsten Tage zu sterben fürchteten! —

*) Holzinger. Ueber den Lathyrismus, Newrologitschesky Wjestnik, VII. 2. 1899.

**) Vergl. Courbon l. c.

Mittheilungen.

— **Aus Sachsen.** In der letzten Zeit sind auffallend viel Irrsinnsfälle in der sächsischen Armee beobachtet worden. In zwei Fällen brach die Geisteskrankheit plötzlich inmitten des Dienstes in Gestalt von Wahnsinn aus, in anderen Fällen führte, wie es in einem Schreiben des Kriegsministeriums an die Kreishauptmannschaft heisst, disziplinwidriges Verhalten dieser Leute zu dem Verdachte einer schweren Belastung, und weitere Nachforschungen ergaben, dass die Betreffenden früher wegen Geistesstörung in Irrenanstalten untergebracht gewesen waren, ohne dass die Militärbehörde davon Kenntniss erhalten hätte. Durch die Einstellung solcher Mannschaften erwächst aber, ganz abgesehen von bedenklichen Unzuträglichkeiten im Dienst, diesen selbst unter der Einwirkung der militärischen Disziplin die stete Gefahr erneuten Ausbruchs

der Geisteskrankheit, und ausserdem könnte der Schein entstehen, dass der Militärdienst besonders geeignet sei, auf die Entstehung von Geisteskrankheiten einzuwirken. Um daher bei den Musterungen der Einstellung solcher Militärpflichtigen nach Möglichkeit vorzubeugen, ist an die Gemeindebehörden die dringliche Anordnung ergangen, in die Rekrutirungsstammrollen eine Eintragung zu bewirken, wenn Leute sich melden, von den ihnen bekannt ist, dass sie sich bereits in irrenärztlicher Behandlung befunden haben. (Voss. Zeitg.)

— Nach einer neuerlichen Verordnung des sächsischen Justizministeriums ist das Verfahren bei Entmündigung von Personen wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche dahin geregelt worden, dass Staatsanwaltschaft und Gericht sich zur gemeinsamen Mitwirkung bei der Entmündigung zu vereinen haben, damit für die Zukunft die thunlichst sichere Garantie geboten ist, dass alle Fälle ausgeschlossen bleiben, in denen etwa eine ungerechtfertigte Unterbringung in Irrenanstalten verfügt werden könnte. Pflicht der Staatsanwaltschaft ist es, vor Allem darüber zu wachen, dass 1. die Entmündigung da herbeigeführt wird, wo sie nothwendig ist. 2. Niemand entmündigt wird, wenn es an den gesetzlichen Voraussetzungen fehlt. 3. Die Entmündigung wieder aufgehoben wird, wenn diese Voraussetzungen nachträglich wegfallen. Die hierauf bezüglichen Anträge sind von der Staatsanwaltschaft selbst zu stellen. Prinzipiell ausgeschlossen ist jede Entmündigung, die lediglich aus polizeilichen Rücksichten oder im ausschliesslichen Interesse dritter Personen verlangt wird. Von jeder Aufnahme eines Geisteskranken oder Geistesschwachen in eine staatliche oder private Irrenanstalt ist von den Vorständen der letzteren der zuständigen Staatsanwaltschaft unverzüglich Anzeige zu erstatten, der dann ihrerseits die Prüfung der Sachlage obliegt. Diese Prüfung hat die Staatsanwaltschaft auch dann ex officio vorzunehmen, wenn sie ohne die vorschriftsmässige Anzeige auf anderem Wege Kenntniss davon erhält, dass Jemand in Geisteskrankheit oder Geistesschwäche verfallen ist. Ferner soll die Staatsanwaltschaft auch den Terminen des Verfahrens und vor Allem der richterlichen Vernehmung des zu Entmündigenden beiwohnen, erforderlichen Falles auch die Anordnung einer vorläufigen Vormundschaft anregen. Falls bei der Staatsanwaltschaft Zweifel darüber entstehen, ob eine Entmündigung zu erfolgen habe oder nicht, so soll zunächst Bericht an das Oberlandesgericht erstattet werden. Für das Entmündigungsgericht besteht die Pflicht, die Staatsanwaltschaft von seiner Thätigkeit fortgesetzt in Kenntniss zu setzen. Vor der Unterbringung des zu Entmündigenden in einer Heilstätte ist zunächst die Staatsanwaltschaft zu hören.

— Kiel. Der Bau der neuen psychiatrischen Klinik ist soweit vorwärts geschritten, dass dieselbe im Herbst d. J. wird belegt werden können.

— Der westfälische Provinziallandtag hat für die Irrenanstalt Lengerich folgende Neubauten bezw. Umbauten beschlossen:

1. den Bau von 2 einstöckigen Aufnahme-Wachabtheilungen für je 24 Betten, welche in je 2 grosse Säle unterzubringen sind.
2. Bau eines Directorwohnhauses.
3. Bau eines Doppelwohnhauses für den I. Oberpfleger und den Lagermeister.
4. Einrichtung der bisherigen Oberpflegerwohnung als Abtheilung für halbruhige Pensionäre, sowie Umbau einiger anderer für Kranke bestimmter Räume.
5. Bau eines Leichenhauses mit ärztlichen Arbeitsräumen und Capelle.
6. Bau eines Festsaales mit Bühne.
7. Vergrösserung der Wirthschaftsräume.
8. Einrichtung von Centralheizungen statt der bisherigen Kachelöfen.
9. Einrichtung electrischer Beleuchtung an Stelle von Gasglühlicht. Die eigene Gasanstalt bleibt bestehen und dient durch einen Gasmotor zur Erzeugung der electrischen Kraft. Auch sonst findet das Gas noch vielfache Anwendung zum Beleuchten, Heizen und Kochen in den Beamtenwohnungen, sowie im Wirthschafts- und Verwaltungsgebäude.

Die Gesammtkosten der baulichen Aenderung sind auf 460 000 Mark veranschlagt.

Der Krankenbestand wird um 70—80 Köpfe vergrössert werden können.

Der Ersatz der Bielefelder Diaconissen durch weltliche Pflegerinnen wird wahrscheinlich bis Juli ds. Js. durchgeführt sein.

Auch für die Anstalt zu Münster ist der Neubau einer Wachabtheilung für Männer, sowie je eines Hauses für halbruhige und ruhige Männer (zusammen 90 Plätze) und der Bau eines Beamtenwohnhauses für den Anstaltsgeistlichen und den Gutsverwalter beschlossen worden.

Die bisherige Aufnahmeabtheilung für Männer (100 Plätze) soll zu einer Wachabtheilung für Frauen und einer Abtheilung für halbruhige Frauen so umgebaut werden, dass daselbst zusammen 90 Plätze verfügbar werden.

Durch die Neu- bezw. Umbauten wird die Belegungsfähigkeit der Anstalt im Ganzen um 80 Plätze erhöht.

Personalnachricht.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaktion wird gebeten.)

— Dr. Weber zum ordentlichen Professor der Psychiatrie in Genua ernannt.

Zur Rezension eingegangen:

Thomson Jay Hudson: Das Gesetz der psychischen Erscheinungen. 357 Seiten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Sachregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)



Namenregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

